

MIKKEL FOGH ODGAARD

ÅBEN DIALOG I EN  
EVIDENS-BASERET  
TID - NYE VINDE I  
SOCIALPSYKIATRIEN?



AARHUS  
UNIVERSITET  
DPU



Mikkel Fogh Odgaard

# **Åben dialog i en evidens- baseret tid – nye vinde i socialpsykiatrien?**

DPU, Aarhus Universitet, 2017

Titel:

*Åben dialog i en evidensbaseret tid – nye vinde i socialpsykiatrien?*

Forfatter:

Mikkel Fogh Odgaard

Udgivet af:

DPU, Aarhus Universitet, 2016

© 2016, forfatteren

1. udgave

Kopiering tilladt med tydelig kildeangivelse

Omslag og grafisk tilrettelæggelse:

Knud Holt Nielsen

Forsidefoto:

Colourbox

ISBN:

978-87-7684-668-8 (Elektronisk udgave)

DOI:

10.7146/aul.181.139

Publikationen er udgivet i serien 'Socialpsykiatri og Socialpædagogik' (serieredaktør: Søren Langager) under forskningsprogrammet 'Inklusion og eksklusion – i samfund, institution og pædagogisk praksis' ved Danmarks institut for Pædagogik og Uddannelse (DPU), Aarhus Universitet. Denne og øvrige udgivelser i serien kan gratis downloades via adressen: <http://www.edu.au.dk/Socialpsykiatri-og-Socialpædagogik>. Serien består af rapporter fra forskningsprojekter og bemærkelsesværdige lettere omarbejdede specialeafhandlinger.

# Indhold

<b>INDLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>METODEAFSNIT .....</b>	<b>9</b>
EN SAMTIDSDIAGNOSTISK INSPIRERET TILGANG .....	9
KVALITATIVE METODER .....	9
OM UDVÆLGELSEN AF INTERVIEWPERSONER SAMT DERES RELEVANS FOR BOGEN .....	9
BEGREBSAFKLARING .....	10
KAPITELGENNEMGANG .....	10
<b>FØRSTE DEL: OM DET SOCIALPSYKIATRISKE FELT OG KONKURRENCESTATENS KONTURER .....</b>	<b>13</b>
<b>KAPITEL 1: FRA ISOLERING TIL UDVIKLING .....</b>	<b>14</b>
1.0 FØRSTE OPFATTELSE: ISOLERING .....	14
1.1 ANDEN OPFATTELSE: NORMALISERING .....	16
1.2 TREDJE OPFATTELSE: UDVIKLING .....	17
1.3 KONTAKTPERSONENS ROLLE OG FUNKTION I SOCIALPSYKIATRIEN .....	19
1.4 RECOVERY .....	21
1.5 REHABILITERING .....	24
<b>KAPITEL 2: KONKURRENCESTAT OG BORGER .....</b>	<b>26</b>
2.0 KONKURRENCESTATEN .....	26
2.1 MAGT OG STYRING I KONKURRENCESTATEN .....	27
2.2 GOVERNMENTALITY .....	27
2.3 KONKURRENCESTATEN I LYSET AF NEOLIBERALISMEN .....	28
2.4 KONKURRENCESTATENS OFRE .....	30
<b>ANDEN DEL: OM EVIDENSBASERET VIDEN, STATENS KAMP FOR LEGITIMATION OG SOCIALSTYRELSENS 19M-PULJE PROJEKT .....</b>	<b>33</b>
<b>KAPITEL 3: EVIDENSBASERET VIDEN .....</b>	<b>34</b>
3.0 IDEEN OM EVIDENS .....	34
3.1 EVIDENS - EN SAMFUNDSMÆSSIG NØDVENDIGHED? .....	35
3.2 EVIDENSSTIGEN .....	37
3.3 ØNSKET OM EVIDENS PÅ DET SOCIALPSYKIATRISKE OMRÅDE .....	39
3.4 KRITIK AF EVIDENS .....	40
3.5 STATENS KAMP FOR LEGITIMATION .....	41
3.6 STATENS UDFORDRING – BESLUTNINGSTAGERNES VIDENSBEHOV .....	43

<b>KAPITEL 4: SOCIALSTYRELSENS IMPLEMENTERING AF ÅBEN DIALOG I DANMARK .....</b>	<b>46</b>
4.0 SOCIALSTYRELSENS 19M-PULJE PROJEKT .....	46
4.1 EVALUERING OG DOKUMENTATION AF ÅBEN DIALOG .....	47
4.2 ÅBEN DIALOG OG DEN SPARSOMME EVIDENS.....	49
4.3 EVIDENSPOLITIK - 19M PULJEN SOM EN DEL AF STATENS KAMP FOR AT OPNÅ LEGITIMITET .....	52
<b>TREDJE DEL: OM ÅBEN DIALOG, KONTAKTPERSONENS ROLLE I ÅBEN DIALOG REGI OG HVAD FREMTIDEN KAN BRINGE .....</b>	<b>54</b>
<b>KAPITEL 5: PRÆSENTATION AF ÅBEN DIALOG .....</b>	<b>55</b>
5.0 ÅBEN DIALOG .....	55
5.1 HISTORIEN BAG ET SYSTEMSKIFTE: FRA LUKKET- TIL ÅBEN DIALOG.....	56
5.2 ÅBEN DIALOG SOM SOCIALKONSTRUKTIONISTISK PRAKSIS.....	59
5.3 HOVEDPRINCIPPER .....	61
<b>KAPITEL 6: KONTAKTPERSONENS ROLLE I ÅBEN DIALOG REGI .....</b>	<b>65</b>
6.0 BOTILBUDDENES BESLUTNING OM AT IMPLEMENTERE ÅBEN DIALOG .....	65
6.1 LEDERENS SYN PÅ KONTAKTPERSONSROLLEN I ÅBEN DIALOG REGI.....	67
6.2 KONTAKTPERSONENS ROLLE I ÅBEN DIALOG REGI .....	69
<b>KAPITEL 7: ÅBEN DIALOG – ET OPGØR MED TIDENS RECOVERY FORSTÅELSE OG EN TILBAGEVENDEN TIL UDGANGSPUNKTET? .....</b>	<b>74</b>
7.0 EN TIDSTYPISK RECOVERY-LOGIK.....	74
7.1 OPRINDELIG RECOVERY TÆNKNING .....	76
7.2 ÅBEN DIALOG – BACK TO BASICS? .....	78
7.3 FIGUR 7. MODEL OVER LIGHEDER MELLEM PRINCIPPERNE BAG RECOVERY OG ÅBEN DIALOG, SAMMENLIGNET MED DEN "TIDSTYPISKE FORSTÅELSE AF RECOVERY" OG DEN NATURVIDENSKABELIGE/MEDICINSKE TILGANG TIL PSYKIATRISK BEHANDLING.....	79
7.4 ER ET PARADIGMESKIFTE UNDERVEJS? .....	80
<b>AFSLUTNING .....</b>	<b>82</b>
PERSPEKTIVERING .....	83
<b>REFERENCELISTE .....</b>	<b>85</b>

## Indledning

Bogen er et nedslag i udviklingstendenser og tiltag som i skrivende stund finder sted på det socialpsykiatriske område. Den aktuelle tendens på området er, at der gøres forsøg på at implementere evidensbaserede metoder, hvor blandt andet den finsk udviklede tilgang Åben Dialog netop nu er i spil. Bogens formål er at forklare baggrunden for denne udvikling og hvorfor netop Åben Dialog er en del af dette, samt hvilken betydning udviklingen kan få for kontaktpersonens rolle. Kontaktpersonen arbejder på et socialpsykiatrisk § 107 og § 108 botilbud, som henholdsvis er kortere eller længerevarende boformer til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Siden kommunalreformen i 2007 har landets kommuner haft det overordnede ansvar for det sociale arbejde med sindslidende mennesker. Ifølge *Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold*, skal kommunerne have fokus på recovery og rehabilitering. Dette betyder mere præcist, at indsatsen skal målrettes den sindslidendes muligheder for *at komme sig* med henblik på, at kunne *deltage aktivt i samfundet* (Adolph, et al., 2000; Madsen B., 2005; Bengtsson & Røgeskov, 2012; Socialstyrelsen, n.y (a); Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, 2014). Ifølge interesseorganisationen Danske Regioner, har der i perioden fra 2002-2007 været en stigning fra ca. 93.000 til ca. 112.000 personer, der bliver behandlet i psykiatrien og godt 2 pct. af befolkningen har ifølge Sundhedsstyrelsen en langvarig psykisk lidelse (Danske Regioner, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2009). Det skønnes derudover, at 10-20 pct. af den danske befolkning på et givent tidspunkt, vil få en psykisk lidelse af varierende grad (Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, 2014). Der kan være store omkostninger forbundet med det at have en sindslidelse. Udover de omkostninger der rammer den sindslidende selv, vil dennes pårørende også ofte kunne blive påvirket i en grad, så det kan få indflydelse på deres livskvalitet (Sørensen, 2012). Udover personlige omkostninger findes der ligeledes en række samfundsmæssige omkostninger. Et stort antal sindslidende står på grund af deres handicap udenfor arbejdsmarkedet, hvilket blandt andet medfører omkostninger i forhold til værdien af tabt produktion. I den seneste måling fra 2005 var der blot 27 % af de sindslidende mænd og 33 % af de sindslidende kvinder, som var i beskæftigelse. For mænd og kvinder der ikke har en sindslidelse, var andelen til sammenligning hhv. 80 % og 77 % (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2012).

Det er her nærliggende at komme ind på professor Ove Kaj Pedersens bog om *Konkurrencestaten*. I konkurrencestaten dominerer et *neoliberalistisk* menneskesyn, hvilket blandt andet indebærer, at den enkelte borger skal gøres ansvarlig for sit eget liv, og at befolkningen som hele skal mobiliseres til at deltage i den globale konkurrence, hvilket kan siges at være konkurrencestatens overordnede fokus og pejlemærke (Pedersen O., 2011a). I et interview med Dansk Socialrådgiverforening fra 2011 beskriver Pedersen konkurrencestatens indvirkning på de ikke arbejdsduelige på følgende måde: *"Konkurrencestaten får ofre. Det er dem der ikke har de mentale eller fysiske evner til at stå til rådighed for arbejdsmarkedet"* (Pedersen O., 2011b). Med disse oplysninger in mente kan det således tyde på, at der i samfundsøjemed er brug for handling på det socialpsykiatriske område. Antallet af sindslidende er fortsat stigende, og da langt de fleste ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet - og dermed fremstår som ubenyttet arbejdskraft, har det derfor været også været forventeligt at visse tiltag ville blive sat i værk. I det følgende præsenteres et bud på, hvordan et sådan tiltag kan tage sig ud.

I regeringsgrundlaget fra oktober 2011 fremgår det, at regeringen vil nedsætte et psykiatriudvalg, hvis opgave er *"...at komme med anbefalinger til, hvordan behandlingen af mennesker med sindslidelse tilrettelægges og gennemføres bedst muligt."* (Regeringen, 2011, s. 45). Den 4. oktober 2013 udkom psykiatriudvalget i forlængelse af dette, med rapporten *"En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"*. I rapporten identificeres en række udfordringer for indsatsen på det psykiatriske område. En af disse udfordringer benævnes på følgende vis: *"Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb"* (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 82). Der formuleres således et aspekt, hvor man mener, at den sindslidende og dennes pårørende i højere grad bør og skal inddrages i dennes sygdomsforløb. At denne udfordring er relevant beror på en undersøgelse af De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser (LUP) fra april 2013, der netop indikerer, at borgeren og dennes pårørende bør kunne inddrages i større omfang (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Center for kvalitetsudvikling (CFK) foretog i 2009 en landsdækkende beboer og pårørendeundersøgelse, som mere specifikt omhandlede beboere- og pårørendes oplevelse og vurdering af socialpsykiatriske boformer. Også af denne rapport fremgår det, at der er brug for at arbejde mere fokuseret med inddragelse af pårørende. Et eksempel i denne forbindelse er, at kun 41 % af de pårørende i undersøgelsen har oplevet, at socialpsykiatriens medarbejdere har vist interesse for deres erfaringer og viden (Center for kvalitetsforskning (CFK), 2010). Det er imidlertid ikke et nyt fænomen, at man som borger skal inddrages i sit sygdomsforløb. Forskning på området viser, at personer som har en opfattelse af at have egen kontrol, vil respondere bedre på behandling



(Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Desuden kan inddragelse af borgerens egne ressourcer være med til at forbedre borgerens mulighed for at handle i eget liv, hvilket understøtter borgerens recoveryproces (Ibid.). I forhold til hvilken betydning inddragelsen af pårørende har, viser et review fra det videnskabelige netværk "The Cochrane Collaboration", at risikoen for at personer med psykiske lidelser får tilbagefald eller genindlægges, reduceres betydeligt i de forløb, hvor de pårørende inddrages (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2012).

Med et udgangspunkt hvor der lægges op til, at den psykiatriske indsats skal bygge på åbenhed via inddragelse af borger og pårørende, anbefaler psykiatriudvalget, at man i indsatsen benytter sig af tilgangen Åben Dialog (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 95). Med Åben Dialog fokuseres der primært på samtalerapi i form af reflekterende samtaler med borgeren, dennes pårørende og øvrige netværk. Ifølge Jaakko Seikkula, som er en af ophavsmændene bag Åben Dialog, er grundtanken at: "...klientens menneskelige relationer udgør en uerstattelig ressource" (Seikkula, 2008, s. 23). Socialstyrelsen lægger sig op ad psykiatriudvalgets anbefalinger og gennemfører i årene 2013-2016 projektet "*Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser med fokus på rehabiliterende og recovery-understøttende evidensbaserede metoder.*" En af disse metoder er Åben Dialog og implementeringen vil efter planen begynde i august/september måned 2014. De deltagende kommuner er: Århus, Herning, Fåborg-Midtfyn, Ballerup og Frederiksberg kommune (Socialstyrelsen, n.y (b)). En rapport fra Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI) viser, at medarbejdere i socialpsykiatrien oplever, at de i høj grad selv må vurdere, hvilken metode de anvender i praksis, alt efter hvad de selv finder passende. Dette har medført, at nogle kommuner har fokus på en udviklingsorienteret tilgang, mens andre har fokus på en mere omsorgsorienteret tilgang. På baggrund af dette vil det derfor ifølge blandt andet Socialstyrelsen være nødvendigt, at gøre øget brug af evidensbaserede metoder i den kommunalsociale indsats (Bengtsson & Røgeskov, 2012; Socialstyrelsen, n.y (c)). *Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold* påpeger ligeledes, at den sociale indsats i de kommunale tilbud, så vidt muligt skal tage udgangspunkt i evidensbaserede metoder: "(...) kommunens tilbud skal så vidt muligt tage udgangspunkt i indsatser, vi ved virker." (Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, 2014, s. 1). Det samme ser man i regeringens publikation *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. Heri beskrives det, at regeringen vil arbejde for at øge kvaliteten i den kommunale sociale indsats ved at understøtte kommunerne i, at anvende rehabiliterende metoder med dokumenteret effekt i højere grad (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 13).

Ud fra en interesse i, hvad der sker på det socialpsykiatriske område netop nu, er bogens fokus at foretage en analyse af hvilke faktorer der ligger til grund for ønsket om den evidensbaserede praksis, og hvilken indflydelse den evidensbaserede metode Åben Dialog kan få for kontaktpersonens rolle i fremtidigt socialpsykiatrisk regi.

# Metodeafsnit

## En samtidsdiagnostisk inspireret tilgang

I forsøget på at redegøre for hvilke tendenser, der kan siges at være medvirkende til det øgede fokus på evidensbaserede metoder i socialpsykiatrien og hvilken betydning dette kan få for kontaktpersonens rolle, tages der i bogen afsæt i den socialanalytiske samtidsdiagnostik inspireret af især professor Lars-Henrik Schmidt og lektor Jens Erik Kristensen. Samtidsdiagnostikken beskæftiger sig med tendenslæsning og drejer sig grundlæggende om på én gang at forholde sig *erkendende* og *vurderende* til samtidens tegn, symptomer og tendenser (Schmidt, 1999a; Schmidt, 1999b; Kristensen & Hansen, 2006; Kristensen, 2008).

## Kvalitative metoder

I forsøget på at redegøre for Åben Dialog implementeringens betydning for kontaktpersonens rolle er udgangspunktet fire kvalitative interview. Ifølge Kvale & Brinkmann forsøger den kvalitative metode at: *"forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser, afdække deres livsverden forud for videnskabelige forklaringer."* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 17). Metoden er således bl.a. karakteriseret ved, at den gør det muligt at give dybdegående indblik i informanternes oplevelser og perspektiver på verden. Blandt det brede spektrum af indsamlingsmetoder til kvalitative metoder anses interview således for at være særligt velegnede til at undersøge og skaffe oplysninger om menneskers forståelse af betydninger, oplevelser og selvforståelse, i deres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137).

## Om udvælgelsen af interviewpersoner samt deres relevans for bogen

For at få et indblik i hvilken betydning implementeringen af Åben Dialog kan få for kontaktpersonens daglige arbejde, har jeg foretaget to interview i perioden oktober-december måned 2014. Kontaktpersonerne er begge ansat i socialpsykiatrien, på botilbud der hører under § 107 og § 108 i serviceloven. For bogens fokus har jeg fundet det væsentligt, at interviewe personer, som har længere tids erfaring på det socialpsykiatriske område. Det var således et mål, at de havde haft tilknytning til socialpsykiatrien

i en længere årrække. Dette for at jeg på denne måde kunne få indblik i deres oplevelse af udviklingen på området - både før og efter deres arbejdsplads var begyndt at anvende Åben Dialog. Som forsker er det af strategiske årsager mest hensigtsmæssigt at udvælge interviewpersoner, der er forskelligt positioneret, indenfor det felt man skal forske i. Dette skal forstås som forskellige placeringer i feltet og forskellige erfaringshorisonter. Det strategiske aspekt handler om, at man med en sådan udvælgelse opnår at få adgang til forskelligartede perspektiver på de foreliggende problemstillinger (Järvinen & Mik-Meyer, 2005, s. 55). Jeg har derfor også anvendt forskelligartede interviewpersoner baseret på ovenstående overvejelse. Interviewpersonerne er eksempelvis ansatte i forskellige landsdele og derudover i henholdsvis regionalt og kommunalt regi. Desuden er deres baggrunde og erfaringsgrundlag, og dermed erfaringshorisonter som beskrevet, også forskellige.

## Begrebsafklaring

Som betegnelse for et menneske med en sindslidelse anvender jeg igennem bogen begrebet *borger*. Der er tilfælde, hvor jeg henviser til tekster, interview eller lignende der beskriver den sindslidende som *bruger* eller - *den sindslidende* og her anvender jeg derfor samme betegnelse for ikke at ændre på sammenhængen. Jeg er derudover velvidende om, at den sindslidende i socialpsykiatrien er *bruger* men i ligeså mange tilfælde også beskrives som *borger* og at han/hun er *patient* i tilfælde, hvor han/hun er hospitalsindlagt osv. Som Kjeld Høgsbro, der er professor ved institut for Sociologi og Socialt Arbejde, beskriver det, hersker der en generel forvirring i forhold til betegnelsen af mennesker med sindslidelser, hvorfor disse også skiftevis betegnes som indlagte, patienter, klienter, medlemmer, beboere, brugere og forbrugere med videre. Betegnelserne udspringer ifølge Høgsbro af forestillinger om den rolle mennesker med sindslidelser har, i forhold til de tilbud de er tilknyttet, og ud fra rollen som de politiske ledere finder det rigtigt at tildele dem. Ifølge Høgsbro kan betegnelsen på grund af den generelle forvirring være: "...i større eller mindre overensstemmelse med den tildelte rolle." (Høgsbro, 2004, s. 43).

## Kapitelgennemgang

Bogen er opdelt i tre overordnede dele, som hver især har sit særlige formål og fokus i forhold til det overordnede arbejde med at besvare problemformuleringen. Bogen består derudover af otte kapitler, som binder de tre dele sammen.

### **Første del: Om det socialpsykiatriske felt og konkurrencestatens konturer**

I Kapitel 1 - Fra isolering til udvikling - får læseren et indblik i socialpsykiatriens opkomst og udvikling fra i midten af 1800-tallet til den nuværende indsats på det socialpsykiatriske område i 2015.

I Kapitel 2 – Konkurrencestat og borger - er der fokus på at beskrive tendenser i vore dages samfund og stat, som blandt andet på grund af globaliseringen stiller nye krav til borgeren. Formålet er desuden at give et overordnet indblik i de sindslidende borgers situation i samfundet.

### **Anden del: Om evidensbaseret viden, statens kamp for legitimation og Socialstyrelsen 19-M pulje projekt**

I Kapitel 3 – Evidensbaseret viden - beskrives de tanker, der ligger bag udbredelsen af den evidensbaserede praksis, der i stigende grad gør sig gældende og som til dels kan siges at udspringe af økonomiske anliggender, samt et udtalt behov for optimering af den sociale indsats overfor blandt andet sindslidende borgere. I kapitlet diskuteres det desuden om hvorvidt det øgede fokus på anvendelsen af evidensbaseret viden kan anskues som en "statens kamp" for opretholdelse af legitimation overfor befolkningen.

I Kapitel 4 – Socialstyrelsens implementering af Åben Dialog i Danmark - vil læseren med fokus på Åben Dialog blive præsenteret for Socialstyrelsens 19M-pulje projekt samt projektets formål og evalueringsmetoder.

### **Tredje del: Om Åben Dialog, kontaktpersonens rolle i Åben Dialog regi og hvad fremtiden kan bringe**

I Kapitel 5 – *Præsentation af Åben Dialog* - introduceres læseren til tilgangen Åben Dialog.

I Kapitel 6 – *Kontaktpersonens rolle i Åben Dialog regi* - analyseres interviewene med de to botilbudsledere og de to kontaktpersoner, hvormed der gives et indblik i, hvorfor man på botilbuddene har valgt at implementere Åben Dialog, og hvilken betydning implementeringen kan få for kontaktpersonens rolle i den socialpsykiatriske praksis.

I Kapitel 7 – *Åben Dialog - et opgør med tidens recovery forståelse og en tilbagevenden til udgangspunktet?* – diskuteres det, hvorvidt recovery i årenes løb kan siges at have antaget et behandlingsorienteret fokus. Da Åben Dialog på en række punkter har meget til fælles med den oprindelige recoveryforståelse, diskuteres det efterfølgende om

en implementering af Åben Dialog i den socialpsykiatriske praksis, kan betyde en tilbagevenden til den oprindelige recoveryforståelse og rehabiliterings indsats.

# **FØRSTE DEL:**

## **Om det socialpsykiatriske felt og konkurrencestatens konturer**

# Kapitel 1:

## Fra isolering til udvikling

Da omdrejningspunktet for bogen er det socialpsykiatriske felt, er formålet med dette første kapitel at give et indblik i socialpsykiatriens opkomst og udvikling i en samfundsmæssig og historisk kontekst. Der vil her være fokus på de væsentligste punkter for udvikling fra de store asylers opkomst midt i 1800-tallet til den nuværende indsats i 2015. Kapitlet vil lægge ud med at redegøre for en række relevante omstændigheder, som har medført en ændring i opfattelsen af, hvordan sindslidende bedst muligt støttes og behandles. Videnscenter for Socialpsykiatri beskriver i år 2000, at tre opfattelser af indsatsen overfor mennesker med sindslidelser har været af særlig betydning. Der er her tale om begreberne:

- Isolering
- Normalisering
- Udvikling
- (Adolph, et al., 2000, s. 25).

### 1.0 Første opfattelse: Isolering

Opfattelsen af hvordan mennesker med sindslidelse støttes og behandles mest fordelagtigt, kan i et historisk perspektiv og med ovenstående tre begreber in mente siges at have været omskifteligt.

I "Sindssygdom og psykologi" fra 1971, beskriver Michel Foucault eksempelvis, hvordan fænomenet "galskab" først fra 1700-tallet bliver opfattet som egentligt sygt og som følge heraf fremmedgøres. Går man længere tilbage i tiden, vil man derimod opdage, at man i flere tilfælde anså galskab som en del af dagligdagen og som en "fri tilstand", som man ikke tænkte på at beherske men, tværtimod forherligede og værdsatte (Foucault, 2005, s. 117). I løbet af 1800-tallet begyndte man i takt med det medicinske fremskridt at betragte sindssygdomme som biologisk arvelige lidelser. I 1846 udkom den danske psykiatier Harald Selmers (1814-1879) skrift "Almindelige Grundsætninger for Daarevæsenets Indretning", hvilket bidrog til, at Stænderforsamlingen det samme år besluttede, at reformere "Daarevæsenets indretning". Selmer argumenterede for, at



der skulle ske en egentlig behandling af de *afsindige* i stedet for at disse, som hidtil, blot var blevet opbevaret. Selmers synspunkt var, at afsindighed var en sygdom, som derfor også måtte behandles ud fra lægevidenskabelige grundsætninger (Crafoord, 1994, s. 20-21). I 1847 oprettede regeringen, på baggrund af en fortegnelse over hvad der omtaltes som "de afsindige, fjollede, fjantede osv." landet over, en række asyls som blandt andet talte Jyske Asyl ved Aarhus i 1852, Oringe Asyl i 1857, Viborg i 1877, Middelfart 1888, Nykøbing Sjælland i 1915, Vester Vedsted i 1923 og Augustenborg i 1932. De sindssyge blev hermed konkret afgrænset fra andre former for afvigere og det resterende samfund generelt (Ibid.). I 1960'erne og 1970'erne kom der via en række forfattere, som udover Michel Foucault, blandt andet også talte Erving Goffman og den skotske psykiater Ronald D. Laing, øget opmærksomhed på behandlingen af sindslidende og deres vilkår. Denne opmærksomhed skulle senere vise sig at få indflydelse på den fremtidige udvikling og tilrettelæggelse af den psykiatriske indsats. En særlig fremtrædende person var Erving Goffman, der med sit værk *Asylums*, eller på dansk *Anstalt og menneske* fra 1967, bidrog til debatten med sociologisk kritik. På baggrund af en række observationsstudier foretaget i 1950'erne på det psykiatriske hospital St. Elizabeths Hospital i Washington D.C., var det Goffmans hensigt: "...at søge viden om hospitalspatientens sociale verden, således som han rent subjektivt oplever den." (Goffman, 1967, s. 5) En af de væsentligste erfaringer Goffman gjorde sig var, at *patienterne* blev udsat for krænkelse i løbet af deres indlæggelse. Goffman fremviste i denne forbindelse hvordan der under indlæggelsen forekom en række systematiske angreb på patientens *civile selv*, hvilket blandt andet manifesterede sig, idet patienten blev frataget sine personlige ejendele (Goffman, 1967, s. 22) og senere under indlæggelsen ved at tvinge patienten til at indtage medicin o.l. (Goffman, 1967, s. 28). Goffmans beskrivelse af krænkelseernes konsekvenser var følgende: "For det første ødelægger eller besudler den totale institution lige netop de handlinger, som ude i tilværelsen har den rolle at bevidne for den pågældende og hans nærmeste, at han har en vis magt over sin situation – at han er et menneske med "voksen" selvbestemmelsesret og handlefrihed." (Goffman, 1967, s. 38). I det hele taget kunne Goffman på baggrund af sine studier konkludere, at den "totale institution" eliminerede patientens personlighed og identitet, og at behandlingen derfor måtte være skadelig for patienten (Goffman, 1967).

På nogenlunde samme tid talte Ronald D. Laing for, at "forstyrret adfærd" skulle anses som en reaktion på familie- og samfundsmæssige påvirkninger (Laing, 1969, s. 86), og han stillede sig i det hele taget kritisk overfor normalitetsbegrebet ved at stille spørgsmål som: "Er det en del af samfundets individer, der er sindssyge, eller er det selve samfundet, der er sindssygt?" (Laing, 1975, s. 13). Laing interesserede sig således for

psykisk sygdom, set ud fra en samfundsmæssig sammenhæng, og var desuden fortaler for den såkaldte antipsykiatribevægelse, som stillede sig kritisk overfor datidens etablerede psykiatri. Antipsykiatribevægelsen anfægtede tanken om, at psykiske lidelser skulle være kroniske, - en forestilling som bevægelsen mente var blevet fejlagtigt opretholdt af institutionelle subkulturer. Fordi det kroniske syn på sindslidelser var dominerende, fandtes der på dette tidspunkt heller ikke tilbud til patienter, som blev udskrevet, hvilket ellers senere skulle vise sig at være nødvendigt (Wilken & Hollander, 2008, s. 19-20).

Goffmans studier på St. Elizabeths Hospital giver sammen med Laings kritiske synspunkt et indblik i starten på opgøret med, hvad der ifølge Adolph et al. kan beskrives som en *isolationstanke*, hvor den sindslidende blev behandlet og opbevaret på afsidesliggende asyler og dermed var isoleret fra det resterende samfund (Adolph, et al., 2000, s. 25).

## 1.1 Anden opfattelse: Normalisering

I dansk sammenhæng kan socialpsykiatriens historie siges at være forholdsvis ny. Udgangspunktet er udlægningen af særforsoget, i hvilken forbindelse statshospitalerne i 1976 overgik til datidens amter og indsatsen overfor sindslidende efterfølgende overgik til amtslige og kommunale tilbud (Bengtsson & Kristensen, 2006, s. 27). På dette tidspunkt bestod tilbud til sindslidende primært af de 11.000 sengepladser statshospitalerne rådede over (Danske Regioner, 2014). I 1977 udkom betænkning 821, der omhandlede principper for psykiatriens udvikling. Her gjorde to hovedsynspunkter sig gældende. Det første punkt var, at psykiatrien var ligestillet med somatikken. Formålet var her at gøre amterne opmærksomme på, at den psykiatriske opgave var ligeværdig med de øvrige opgaver på sundhedsområdet. Det andet punkt var en foreliggende decentralisering af den psykiatriske organisering efter en distriktspsykiatrisk model. I begyndelsen af 1980'erne opstartedes derfor en række distriktspsykiatriske forsøgsordninger, hvor der eksperimenteredes med forskellige organisatoriske og faglige modeller. I 1982 fandtes der 14 distriktspsykiatriske team. I 1987 øgedes antallet til 37 og i 1991 til 42. Udviklingen gik imidlertid for langsomt, hvilket Lægeforeningen og Dansk Psykiatrisk Selskab allerede i 1988 gjorde opmærksom på. Antallet af kriminelle sindssyge steg og der var desuden en mærkbar stigning af selvmord hos de skizofrene patienter, som blev udskrevet fra landets psykiatriske afdelinger. Distriktspsykiatrien skulle udbygges. Der manglede en samordning til socialektoren og en klar og forankret struktur. Regeringen greb derfor ind og tog samme år initiativ

til en temaplanrunde for psykiatri med hovedvægt på distriktskykiatri. Det følgende år udarbejdede amterne de første psykiatriplaner. Der er siden sket en støt stigning i antallet af distriktskykiatriske team og "Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2000" fra 2002 viste, at distriktskykiatrien her var udvidet til 120 enheder, mens en senere optælling fra 2005 tæller 129 distriktskykiatriske enheder i Danmark (Lindhardt, 2002, s. 36-39; Socialministeriet - Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, s. 40; Nyboe & Hvalsøe, 2009, s. 37). 1990'erne blev årtiet, hvor udviklingen på det socialpsykiatriske område for alvor tog fat, hvilket blandt andet sås med etableringen af 50 M-puljen, bedre kendt som "storbypuljen" fra 1993. Beløbet fra storbypuljen blev brugt på oprettelsen af kommunale væresteder, botilbud og på de første forsøg med at lave kontaktpersonsordninger. I 1995 var der som følge heraf etableret botilbud i alle landets regioner. Disse *sociale indsatser* rettede sig imod at støtte sindslidende i *et liv så nær det normale som muligt* og kom til at høre under betegnelsen socialpsykiatri. (Adolph, et al., 2000; Neidel, 2011; Socialstyrelsen, n.y (f)). At sindslidende skulle sikres en tilværelse så nær det normale som muligt, blev imidlertid allerede udmeldt i forbindelse med regeringens 1988 målsætning. Regeringens mål var i denne sammenhæng, at der skulle finde en integration sted i lokalsamfundet, hvor de sindslidende på lige fod med de resterende borgere benyttede sig af de *normale sociale tilbud* (Lihme, 2008). I 1997 oprettedes Videnscenter for socialpsykiatri<sup>1</sup>, hvis formål var at udvikle det socialpsykiatriske område og hermed opstod socialpsykiatrien officielt som et selvstændigt fagfelt (Bratbo & Andersen, 2008; Neidel, 2011, s. 16).

## 1.2 Tredje opfattelse: Udvikling

Det viste sig med tiden, at forsøgene på normalisering havde visse begrænsninger som et mål i sig selv. En stor del af de sindslidende havde vanskeligt ved at fungere i, hvad der i samfundsøjemed karakteriseredes som en "normal" tilværelse. Normaliseringstanken blev derfor sidenhen forenet med *udviklingstanken*, hvor fokus for indsatsen i stedet skulle være, at man tog udgangspunkt i den enkeltes behov og muligheder for udvikling (Adolph, et al., 2000). I indledningen til serviceloven (§ 1. stk. 2 & 3) fremgår dette fokus på den enkeltes behov tydeligt og det ses desuden, hvordan der også lægges vægt på den enkeltes ansvar for sig selv:

---

<sup>1</sup> I 2010 blev alle videnscentre på handicapområdet sammenlagt til ét stort center i Servicestyrelsen, som gik under betegnelsen *Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri (ViHS)*. Pr. 15.12.2011 har Servicestyrelsen skiftet navn til Socialstyrelsen, som ViHS derfor nu hører under. Øverste chef for ViHS er i dag Bo Beck (Socialstyrelsen, 2014).

”Stk. 2. Formålet med denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre kvaliteten.” (Serviceloven, 2014, s. Afsnit 1)

”Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn” (Serviceloven, 2014, s. Afsnit 1)

Ovenstående skaber desuden et billede af, hvordan der med tildelingen af en ydelse efter serviceloven vil være nogle specifikke socialpolitiske mål med denne. Dette forklares i vejledningen til serviceloven, hvor følgende er anført: *“(...) indsatsen bør sigte mod at styrke den enkeltes muligheder for aktiv deltagelse i samfundslivet, herunder personlig udvikling, aktivering og social integration.”* (Vejledning 1 til serviceloven punkt 3-7) fra (Socialpædagogerne, 2013, s. 4). På baggrund af dette kan der altså argumenteres for, at målet med ydelsen er, at den enkelte skal vende tilbage som aktiv arbejdende borger på lige fod med alle andre borgere i samfundet.

Den kommunale indsats i Danmark er ikke udelukkende bestemt af serviceloven. Danmark tiltrådte eksempelvis i august 2009 i FN’s handicapkonvention, hvis formål er at sikre handicappede, som også tæller sindslidende, de samme rettigheder som andre samfundsborgere. Konventionen indeholder nogle generelle målprincipper, som i takt med ovenstående uddrag fra serviceloven omfatter: *”Fuld og effektiv deltagelse og inklusion i samfundslivet.”* (Det Centrale Handicapråd, Handicapkonventionen, para 2, 2015).

I forbindelse med socialpsykiatrien har udviklingen medført, at tilbud skal tilpasses brugeres ønsker og at der skal arbejdes på at støtte dem i at tage mest muligt vare på eget liv. Den stigende decentralisering har desuden medført, at brugerne inddrages direkte, eksempelvis via deltagelse i beboerråd og bestyrelser i både offentlige og selvejende tilbud (Adolph, et al., 2000, s. 26). Et socialpsykiatrisk bocenter i København, beskriver beboerrådets medbestemmende ret på følgende vis:

”Medbestemmelse defineres som: åben dialog, der kan give mulighed for udveksling af synspunkter og forslag, der skal indgå i beslutningsprocessen. Det vil sige, at ledelsen er forpligtet til at fremme gennemførelsen af de i

beboerrådende trufne beslutninger, såfremt beslutningerne ligger inden for de rammer, som budgetter, politiske beslutninger og lovgivning sætter." (Center Nørrebro, 2010, s. 2).

Et af de seneste *udviklingstiltag* på området, er som nævnt i indledningen, psykiatriudvalgets rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". Også her ses det, hvordan udviklingsperspektivet i dag er det overordnede fokus for psykiatrien, hvilket blandt andet fremgår af rapportens indledende sider: "*Det er væsentligt, at mennesker med psykiske lidelser ikke som udgangspunkt ses som kronisk syge. Derfor skal indsatsen i højere grad have fokus på mulighederne for at komme sig og have en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde.*" (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 9). Antallet af normerede sengepladser er med tiden faldet fra de nævnte 11.000 i 1976, til 4.803 i 1990 og til 2.796 i 2013, hvilket for hele perioden svarer et fald på 74,58 %. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Ud fra dette fremgår det ligeledes, hvordan synet på indsatsen og overfor sindslidende har ændret sig fra et syn på sindslidelser, som værende kroniske - til et syn på sindslidelser, hvor disse med tiden anses for at være mulige *at komme sig* over. Dette følger *recovery*perspektivet, som vil blive præsenteret i et senere afsnit.

### 1.3 Kontaktpersonens rolle og funktion i socialpsykiatrien

Hvor distriktspsykiatrien er en del af hospitalspsykiatrien, hører socialpsykiatrien under *Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold* og udføres af kommuner og til dels nogle regioner i henhold til serviceloven (Socialstyrelsen, n.y (g)). I vore dages socialpsykiatri arbejder en større del af socialpædagoger under betegnelsen *Bo-støtte, Støtte- og kontaktperson* eller *Kontaktperson*, alt efter hvilket regi og paragraffer deres arbejde er funderet i. For denne bogs vedkommende er fokus orienteret mod kontaktpersonens rolle og som tidligere beskrevet, arbejder kontaktpersonen på et botilbud/boform under Serviceloven § 107 og § 108. Formålet med disse botilbud er ifølge serviceloven:

"§ 107. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer som, på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det." (Serviceloven, 2014)

”§ 108. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.” (Serviceloven, 2014)

Der er altså tale om to forskellige botilbud hvor den ene er et midlertidigt tilbud (§ 107) og det andet et længerevarende tilbud (§ 108), men som ofte er placeret under samme tag. Som et eksempel på hvordan et sådan botilbud kan være organiseret i praksis, kan det nævnes, at det på et botilbud i Københavns kommune er organiseret således, at § 107 tilbydes til sindslidende i alderen fra 18-30 år og § 108 tilbydes til sindslidende personer i alderen 30+. Personer, som er tilbudt § 107, bor på én etage, mens de som er tilbudt § 108 bor på en anden (Center Nørrebro, 2015).

I Københavns kommunes ”Kvalitetsstandard for midlertidige og længerevarende botilbud for borgere med sindslidelse (jf. SEL §§ 107 og 108) samt plejeboliger til borgere med sindslidelser efter almenboliglovens § 54 for 2012” (Københavns kommune - socialforvaltningen, 2012, s. 1) fremgår det, at det faglige indhold på kommunens § 107 og § 108 tilbud reguleres efter Servicelovens § 83 og § 85:

”Servicelovens § 83 omhandler personlig og praktisk hjælp og pleje, og omfatter både tilbud om hjælp til personlig hygiejne, af- og påklædning og tilbud om hjælp eller støtte til praktiske opgaver såsom rengøring, madlavning, vask af tøj og indkøb.” (Københavns kommune - socialforvaltningen, 2012, s. 11).

”Servicelovens § 85 omhandler socialpædagogisk bistand, og omfatter typisk vejledning, rådgivning og træning i daglige færdigheder. Herudover kan bistanden omfatte hjælp til at opretholde sociale netværk, personlige forhold, konfliktløsning og hjælp til økonomisk planlægning.” (Københavns kommune - socialforvaltningen, 2012, s. 11).

I kvalitetsstandarden nævnes det ligeledes, at man arbejder med pædagogiske handleplaner:

”Planens overordnede formål er at være en samarbejdsaftale mellem dig og personalet om de fokusområder, du har behov for hjælp og støtte til. Dels for at sikre, at du får en god og sammenhængende hverdag. Dels for at sikre, du opnår dine mål og ønsker om personlig udvikling.” (Københavns kommune - socialforvaltningen, 2012, s. 11).

Ud fra citatet her fremgår det ligeledes, hvordan der i indsatsen er fokus på, at brugeren af socialpsykiatrien udvikler sig, jf. det tidligere nævnte nuværende mål med indsatsen.

Ruth Thygesen, der er seminarielektor ved Jysk Pædagog-Seminarium, udfærdigede i 2007 et arbejdspapir, som skulle give et billede af socialpsykiatriens ansatte pædagogers rolle i hverdagen. I denne forbindelse interviewede Thygesen pædagoger, ansat som kontaktpersoner, og derudover brugere af socialpsykiatrien (Thygesen, 2007). Kontaktpersonerne beskrev sig selv som blæksprutter i en alsidig funktion. Deres arbejde omfattede praktisk hjælp, samvær omkring rengøring, lægebesøg, madlavning, ture og derudover observation i forhold til medicin, medicingivning og hjælp i forbindelse med indlæggelse. I forhold til arbejdet med pårørende var det kontaktpersonens rolle at støtte kontakten mellem brugere og pårørende, at løse konflikter mellem parterne, samt at genetablere brudte kontakter m.v. (Thygesen, 2007, s. 13). En større del af kontaktpersonerne i undersøgelsen beskriver i forhold til det overordnede mål med arbejdet, at målet i deres øjne var at brugerne ville få "et godt hverdagsliv", at forbedre livskvaliteten, at gøre brugerne selvforvaltende og genskabe brugernes færdigheder og ressourcer (Thygesen, 2007, s. 14). Denne beskrivelse stemmer således overens med indsatsens nuværende fokus om fordrer udvikling. Som det fremgår af Thygesens resultater, må kontaktpersonens rolle siges at være centreret omkring at yde brugeren støtte til et væld af daglige gøremål i hverdagen. Thygesens beskrivelse stemmer desuden nærmest overens med Servicelovens nævnte § 83 og § 85 som jvf. Københavns kommune beskriver bostedernes faglige indhold, ligesom kontaktpersonernes forståelse af målet med deres arbejde - på trods af italesættelsen af at skulle hjælpe - peger i retningen af udvikling, hvilket foregår igennem arbejdet med handleplaner.

## 1.4 Recovery

I dette afsnit præsenteres begrebet *recovery*, som udgør en stor del af fundamentet for den udviklingsorienterede tilgang, der i dag er fokuspunkt for den socialpsykiatriske indsats. En stor del af tankerne bag *recoveryfilosofien* stammer fra bruger- og overleverbevægelsen i 1980'erne og 1990'erne, der var baseret på selvhjælp, empowerment og fortalervirksomhed. Bevægelsen udfordrede den traditionelle opfattelse af fagpersoners magt, hvilken var gennemgribende på både det psykiatriske og socialpsykiatriske område (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008).

Ved årtusindeskiftet kom der nye perspektiver på psykiatrien i Danmark. I 2000 blev *recovery* introduceret af Videnscenter for Socialpsykiatri, som i bladet "Socialpsy-

kiatri" (og med henvisninger til undersøgelser af svensk-franske Alain Topor) argumenterede for, at sindslidelser ikke længere burde blive anset for at være kroniske, hvilket man ellers hidtil havde antaget (Neidel, 2011).

Mennesker og pårørende som har personlig erfaring med sindslidelser, har gennem flere år vidst, at de kan "komme sig". Igennem forskning er det igennem mere end 50 år blevet dokumenteret, at en større del af mennesker med alvorlige sindslidelser, vil kunne opleve bedring. Forløbsstudier viser eksempelvis at minimum 45 og op til 65 procent "kommer sig" af deres lidelse (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 9; Davidson & Roe, 2007, s. 462).

I et litteraturstudie som resulterede i udgivelsen af bogen *"At komme sig – et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse"*, viste Topor at mellem 1/3 og 2/3 af alle mennesker med skizofreni kommer sig af lidelsen (Topor, 2002, s. 25). Ligeså opsigtsvækkende var det, at Topor - ved at gennemføre kvalitative interview med en række personer, der var kommet sig - påviste, at årsagen til menneskers recovery ikke først og fremmest kunne tilskrives den professionelle indsats. Faktorer som i stedet viste sig, at stå i centrum for recoveryprocessen var derimod gensidige relationer til mennesker, strukturelle faktorer, individets egne egenskaber samt, at de professionelle trådte i karakter som personer i stedet for som professionelle (Topor, Svensson, Bjerke, Borg, & Kufås, 2002). I forhold til en egentlig definition af recovery findes der flere. Følgende definition af William Anthony er en af de mere hyppigt anvendte:

"Recovery is described as a deeply personal, unique proces of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of a new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness." (Anthony, 1993, s. 18).

Ifølge Anthony er recovery altså en personlig proces, hvor man skal lære at leve et tilfredsstillende liv på trods af de begrænsninger, som lidelsen har medført. Recovery handler ligeledes om at finde ny mening og et nyt formål med tilværelsen, idet man lægger følgerne af lidelsen bag sig.

I 1984 lavede professorerne Alan Breier og John S. Strauss en opfølgning på tyve "patienter", som havde været indlagt på grund af en sindslidelse. Hensigten var at undersøge hvilken betydning de sociale relationer havde haft i recoveryprocessen



(Breier & Strauss, 1984). I hvad Breier og Strauss betegner som genopbygningsfasen, nævner de en række egenskaber, som havde været af særlig betydning:

- *Motivation*: I relationen til andre kunne der hentes støtte med hensyn til at opretholde allerede opnåede fremskridt og ligeledes når det drejede sig om at tage nye skridt.
- *Et gensidigt forhold*: Idet patienten opnår bedring og kommer sig, sker der en ændring i relationerne til andre. Under indlæggelse har patienten udelukkende modtaget støtte. Idet patienten kommer sig, bliver det vigtigt for denne at kunne dele verden med andre.
- *Empatisk forståelse*: Det at andre har forståelse for hvad man har gennemgået, spiller en stor rolle i forhold til vedkommendes mulighed for at acceptere sig selv efter eksempelvis en psykose.
- *Modellering*: Dette begreb dækker over, at observation og overtagelse af andres adfærd kan være en hjælp i situationer, hvor individet nedvurderer sig selv. I undersøgelsen nævner en patient, at han øvede sig i at være ligeså venlig overfor sig selv, som de, der omgav ham var overfor ham.
- *Indsigt*: Indsigt dækker over, at individet igennem samtale med andre kan få en mere nuanceret forståelse af sig selv (Breier & Strauss, 1984, s. 952).

Vigtige elementer som man kan udlede af Breier og Strauss opfølgning, er blandt andet *ligeværdigheden* mellem bruger og medarbejder, samt at relationen imellem parterne bør være tillidsfuld.

William P. Sullivan, Ph.d., beskriver i en anden undersøgelse af recoveryprocessen, at den fagprofessionelles indflydelse på processen består i, at denne engagerer sig i et ligeværdigt partnerskab med brugeren:

"...much of the power of helping still comes in the form of a relationship. However, the manner in which the professional helps is not by being dispassionate, detached, or objective. Rather, the professional helps when She/he joins with the consumer, engaging and working in partnership and treating the individual in a respectful and normalized manner." (Sullivan, 1994, s. 22).

Ifølge Sullivan, skal støtten altså foregå ved at møde brugeren i et samarbejde og partnerskab, hvor man imødekommer brugeren på en respektfuld og normaliseret måde.

Recovery har fra og med 2000 været et væsentligt omdrejningspunkt, i forhold til udviklingen af det socialpsykiatriske arbejdsfelt og anses sammen med en række andre positivt værdiladede begreber som et nyt fokus, en kulturændring og et nyt fundament i indsatsen for sindslidende. Recovery er således blevet en fast del af den socialpsykiatriske indsats, hvilket eksempelvis fremgår af de kommunale socialpsykiatriplaner, såsom *“Plan for Københavns kommunes socialpsykiatri 2009-2012”* (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009), og ligeledes nævnes i regeringens seneste handlingsplan på området, hvor recovery nævnes som et led i indsatsens fundament: *“Værdier som selbestemmelse, inddragelse, recovery, inklusion og deltagelse skal udgøre fundamentet for indsatsen for mennesker med psykisk lidelse. Disse værdier skal være det naturlige udgangspunkt for det daglige arbejde for og med mennesker med psykiske vanskeligheder og deres pårørende. Det gælder både i planlægningen, tilrettelæggelsen og samarbejdet om indsatser og forløb.”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 9).

Et nyere tiltag i forbindelse med recovery er fremkomsten af deciderede recovery-skoler, hvor der tilbydes undervisning, kurser og workshops i at komme sig. Region Hovedstadens Psykiatri oprettede eks. en recovery-skole pr. 1. januar 2015 og skriver i denne forbindelse: *“Skolen skal tilbyde kurser og hjælpe den enkelte patient med at blive ekspert i sin egen recovery. Samtidig giver skolen mulighed for, at pårørende og medarbejdere får styrkede kompetencer indenfor området.”* (Kaspersen, 2014).

## 1.5 Rehabilitering

I Jean Pierre Wilken og Dirk Den Hollanders *“Rehabilitering og Recovery – en integreret tilgang”* defineres og opfattes rehabilitering på følgende vis:

*“En proces, hvorigennem der iværksættes støttende og autonomifremmende (empowering) aktiviteter for at hjælpe mennesker med psykosocial funktionsnedsættelse med at optimere deres livskvalitet og selvtillid, således at de kan fungere i forskellige frit valgte sammenhænge (bo, arbejde, andet) på en måde, der er både personligt og socialt tilfredsstillende.”*

(Wilken & Hollander, 2008, s. 13).

Hvor recovery handler om det enkelte menneskes personlige og gennemlevede proces, drejer rehabilitering sig altså om den indsats og støtte som professionelle, såsom kontaktpersoner stiller til rådighed for at støtte op om recoveryprocessen. Målet for indsatsen er, som det fremgår, at fremme borgerens empowerment og optimere deres livskvalitet.

## Kapitel 2: Konkurrencestat og borger

Som en mere fyldestgørende forklaring på hvad der ligger til grund for de evidensbaserede tendenser der i dag blandt andet giver sig til kende på det psykiatriske område, er formålet med dette afsnit at redegøre for, hvilke tendenser der gør sig gældende i samfundet, samt på politisk plan, og kan have haft (og kan få) indflydelse herpå.

### 2.0 Konkurrencestaten

Tanken om, at vi nu befinder os i, hvad der kan kaldes for en konkurrencestat, bliver relevant for bogen, når Ove Kaj Pedersen redegør for, hvordan forståelsen og forestillingen af menneskets position og rolle i samfundet er ved at gennemgå en forandring - en forandring som har betydning for mange af de sindslidendes og andre udsatte grupper af menneskers chance for at kunne bidrage til samfundet, og i forlængelse af dette finde et ståsted heri. I et interview med det uafhængige nyhedsmagasin Ræson fra 2013, bidrager arbejdsmarkedsforsker ved Aalborg universitet, Mads Peter Klint, med sin vurdering af, hvordan det politiske fokus i konkurrencestaten har ændret sig.

”Den klassiske velfærdsstat skulle tidligere tage sig af de syge og gamle, men hvis man kigger på, hvordan det ser ud i dag, så er der vist ikke noget socialpolitik tilbage. Det hele er beskæftigelsespolitik. I konkurrencestaten gælder det om, at folk skal have et incitament for at tage arbejde. Fokus er på, at alle skal være i beskæftigelse.” (Frandsen, 2013, s. para 7).

Ifølge Klint er socialpolitikken blevet udfaset til fordel for et fokus på beskæftigelsespolitik. Ove Kaj Pedersen forklarer i forlængelse af dette, at formålet med velfærdsstaten var, at beskytte befolkning og virksomheder mod svingninger i markedskonominen - såkaldte konjunktursvingninger. Konkurrencestaten forsøger derimod at mobilisere befolkningen til at deltage i den globale konkurrence, hvor virksomheder og nationer i stigende grad konkurrerer mod hinanden om at skabe varer og ydelser, der både er billigere og bedre end andres (Pedersen O. , 2011a).

## 2.1 Magt og styring i konkurrencestaten

På baggrund af ovenstående afsnit fremgår det, at der kan være tale om en bestemt hensigt med måden, hvorpå den danske stat forsøger at gøre den enkelte borger ansvarlig for eget liv. Dette viser sig i måden, hvorpå borgeren re-tænkes som den opportunistiske person og i konkurrencestatens menneskesyn generelt, hvor det kræves af borgeren at denne udvikler sine kompetencer, hvilket om nødvendigt vil ske med staten som drivkraft. (Pedersen O. , 2011a, s. 191). Ifølge Michel Foucault er den magtform som kendetegner moderne velfærdssamfund, en skabende magt der som beskrevet i ovenstående eksempel søger at fremelske og stimulere bestemte evner hos borgerne. Magten er derfor produktiv og skabende, da den gør individer til subjekter og søger at få individerne til selv at gøre sig til bestemte subjekter. Foucault mente desuden, at den moderne stat er *individualiserende*, da staten både "opererer" med dets borgere som enkelt individer, hvor det er muligt for staten at gøre de enkelte individers selvforhold til genstand for en fremelskende form for styring. I dette tilfælde interesserer staten sig således for den enkelte borgers personlighed og selvopfattelse. Ligesom staten er *individualiserende*, er den dog også på samme tid *totaliserende*. At staten er totaliserende ser man i forhold til den obligatoriske skoling, at vi alle som borgere skal betale skat, eller, ligesom det også manifesteres når staten kategoriserer borgere som værende arbejdsløse, pensionister, uddannelsessøgende mv. (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; Foucault, 1982).

## 2.2 Governmentality

Alt dette handler om styring, Government, eller rettere "styring af styring" frit oversat fra *conduct of conduct*, hvilket er en del af det Michel Foucault inspirerede begreb *Governmentality*. Ifølge filosof Anders Fogh Jensen, anvender Foucault "governmentality" som en betegnelse for de styrings- og ledelsesrationaler, der er kendetegnende i moderne vestlige samfund, hvilket også fremgår af ovenstående afsnit. Foucault anvendte første gang begrebet governmentality under en forelæsning i 1978, hvor han blandt andet definerede begrebet på følgende måde:

**Definition 1 (gouvernementalité):** Summen af institutioner, procedurer, analyser, kalkuler, taktikker, refleksioner, der tillader en specifik magtudøvelse, der har populationen som mål, den politiske økonomi som vidensform og sikkerhedsforanstaltninger som tekniske instrumenter (Jensen A. F., 2015). Foucaults begreb om governmentality kan forstås i sammenhæng med liberalismens opkomst, hvor det det civile samfunds aktiviteter i anden halvdel af 1800 tallet, blev udskilt fra den politiske sfære

som en selvstændig sfære. Det blev på dette tidspunkt statens opgave og forpligtelse at styre det civile samfund på afstand og fremme et selvorganiserende aspekt via styreform, som ikke *åbenlyst* ville udslette civilsamfundets autonomi (Rose & Miller, 1992, s. 179). Ifølge Mitchell Dean kan definitionen af styring beskrives på følgende måde:

”Styring kan være en hvilken som helst form for kalkuleret og rationel aktivitet. Den udføres af en mangfoldighed af autoriteter og organer, benytter sig af en mangfoldighed af teknikker og vidensformer og søger at forme vores adfærd ved at operere gennem vores ønsker, interesser og overbevisninger. Styring udøves med henblik på specifikke, men skiftende mål og har relativt uforudsigelige konsekvenser og resultater.” (Dean, 2008, s. 43-44).

Mere specifikt har vi altså at gøre med en teori, der omhandler, hvordan man kan styre mennesker, så disse kan styre sig selv i den retning staten ønsker, idet man opererer gennem personernes ønsker, interesser og overbevisninger. En styringsform er derfor overvejelser over- og forsøg på at lede menneskelig adfærd imod hvad, eksempelvis en given stat finder rationelt for statens vedkommende. Som nævnt kan dette f.eks. siges at være hensigten med at fremme den opportunistiske person, hvor målet er at en befolkning bestående af denne type personer skal komme til at udgøre statens kollektive mentalitet.

### 2.3 Konkurrencestaten i lyset af neoliberalismen

Fra i midten af 1970'erne og frem bliver velfærdsstaten udsat for en række udfordringer og konfronteres på samme tid med en stigende kritik. Kritikken retter sig mod beskyldninger om stigende bureaukrati, for megen styring, samt at den offentlige økonomi synes at være blevet ukontrollabel og løbsk. På grund af velfærdsstatens kultur, hvor det i særlig grad anses som statens rolle at skulle sørge for individet, bliver velfærdsstaten desuden kritiseret for at have en moralsk skadelig effekt på borgeren. Borgeren anses eksempelvis for at være blevet en passiv modtager af sociale ydelser (Rose & Miller, 1992). Neoliberalismens ønske og mål er på baggrund af dette at reaktivere de liberale principper, hvilke ifølge Rose & Miller er:

"...scepticism over the capacities of political authorities to govern everything for the best; vigilance over the attempts of political authorities to seek to govern."  
(Rose & Miller, 1992, s. 198).

Neoliberalismen stiller sig altså kritisk overfor mængden af de politiske myndigheders styring og kontrol, og der igangsættes i stedet neoliberale programmer som efter planen skal reformere velfærdssamfundet. De aspekter af styring, som i velfærdssamfundet blev fortolket som et politisk ansvar, skal så vidt det er muligt omdannes til varer og reguleres i henhold til et markedsprincip. Mere konkret er det eksempelvis ønsket, at iværksættere eller iværksætteri skal erstatte statens reguleringer: "*Economic entrepreneurship is to replace regulation, as active agents seeking to maximize their own advantage are both the legitimate locus of decisions about their own affairs and the most effective in calculating actions and outcomes.*" (Rose & Miller, 1992, s. 198). Neoliberalismens forestilling om individet er altså, at det er egoistisk og egenrådigt nyttemaksimerende, idet individet anses for at have et "indlejret" ønske om at opnå personlig og økonomisk fremdrift. På baggrund af individets forventede ønske herom, anses det *frie* individ derfor også som det bedst egnede til at varetage egne beslutninger, uden statens indblanding. Mere generelt skal dette syn på individet som *frisat iværksætter* altså - ifølge neoliberalismens doktrin - erstatte solidaritets passiviteten og den afhængighedsskabende kultur som prægede velfærdsstaten. Metoden er at fremme og tilskynde individerne til en higen efter at forbedre deres personlige livskvalitet. Fokus bliver med andre ord ændret fra socialansvarlighed til personlig frihed og effektivitet. Individet er frit og skal tage ansvar for sig selv (Rose & Miller, 1992; Rose, 1999, s. 81).

Ulrich Beck beskriver lignende, at vi befinder os i en igangværende "anden individualiseringsbølge", som foregår i hvad han betegner som et risikosamfund: "*Siden 1970'erne har: (...) uddannelsesekspansionen (...) den generelle rigdomsudvikling samt inderliggørelsen af politiske og sociale grundrettigheder (som jo altid er baseret på individer) frigjort menneskene fra herkomstmiljøets sikkerhed og gjort dem til forfattere af deres eget liv i en slags kaskoforsikret individualisering.*" (Beck, 2002, s. 65) fra (Pedersen C. , 2014, s. 406). At individualiseringen er kaskoforsikret skal forstås i betydningen, at individet bliver statsautoriseret igennem kombinationen af individuelle rettigheder og krav i forhold til at skulle tage ansvar for egen kompetenceudvikling. Drivkraften er i denne forbindelse, at de offentlige institutioner tager udgangspunkt i individet og *ikke* i familien eller andre kollektive enheder. En arbejdsgiver søger eksempelvis ikke en familie, men efterspørges i stedet typisk individuelle kompetencer. Denne anden individualiseringsbølge skyldes derfor velfærdsstatens succesrige fremfærd, hvor den enkeltes rettigheder sik-

res igennem arbejdsmarkedets nye krav til individet. Et permanent krav om selvrealisering fra samfundets side og ikke fra individet selv er her implicit (Pedersen C. , 2014, s. 407).

## 2.4 Konkurrencestatens ofre

I velfærdsstaten forbinder man fællesskab med demokrati, hvor fællesskab i konkurrencestaten er forbundet med borgerens tilknytning til arbejdet (Pedersen O. , 2011a). Dette betyder derfor også, noget simplificeret, som det er illustreret i figur 1, at man i konkurrencestaten skal være arbejdsmæssigt beskæftiget og dermed bidrage økonomisk, før du kan betegne dig selv og før staten regner dig, som en del af fællesskabet.

	Velfærdsstat	Konkurrencestat
<b>Subjekt</b>	Person (uerstattelig)	Person (egennyttig)
<b>Fællesskab</b>	Demokrati (ved deltagelse)	Sammenhængskraft (ved arbejde)

(Figur 1.) (Pedersen O. , 2011a, s. 170)

I indledningen blev det, med et citat af Ove Kaj Pedersen, beskrevet hvordan der i konkurrencestaten vil være ofre, og at disse ofre er de borgere, som ikke kan leve op til konkurrencestatens krav om aktiv deltagelse i det nye fællesskab, og for hvilke den opportunistiske person(lighed) kan forekomme fjern. Disse borgere kan i denne forstand menes at være fortabte, eller som Zygmunt Bauman mere kontant beskriver det, så kan de måske ligefrem beskrives som overskydende befolkningsdele (Bauman, 2005, s. 52). For mange sindslidende borgere gælder det, at de havner i denne offerrolle, da de som følge af deres lidelse ikke kan deltage i samfundet, som det forventes. Baumann benytter ordet "befolkningsoverskud", som et kodeord for tilsynekomsten af det antal mennesker, der ikke evner at *smøre økonomiens hjul*, men i stedet bliver en økonomisk byrde, og han påpeger i denne sammenhæng: "*Antallet af den slags mennesker synes at vokse ukontrollabelt, hvilket konstant kræver nye udgifter uden at give nogen som helst indtægter*" (Bauman, 2005, s. 52). De mennesker der står uden for arbejdsmarkedet, og dermed ikke er medvirkende til at forøge markedets kapacitet, bliver derfor med Baumans ord "defekte borgere" - til irritation og bekostelige passiver for samfundet (Ibid.).



Ifølge OECD koster psykiske problemer årligt den danske stat tæt på 45 mia. kroner i tabt produktivitet, udgifter til sundhedsvæsen og sociale udgifter. Dette svarer til 3,4 pct. af bruttonationalproduktet (OECD, 2013, s. 22). Den erklærede hensigt med velfærdsstaten var ifølge Baumann at socialisere individuelle risikofaktorer og sørge for, at det blev statens opgave og ansvar at sørge for, at disse risici blev reduceret. I forhold til lydigheden over for statsmagten skulle denne legitimeres af samme statsmagts forsikring om hjælp til individuelle uheld og katastrofer. Baumann mener, at denne form for politisk magt nu er ved at blive udfaset, hvilket ses ved udfasningen af de velfærdsstatslige institutioner. Desuden bliver den manglende evne til at deltage i fællesskabet, som i konkurrencestaten er forbundet med arbejdet, ifølge Baumann kriminaliseret. Staten fralægger sig jvf. Baumann alt ansvar for den sårbarhed, der opstår i kølvandet på opkomsten af det frie markedes logik. Sårbarheden er i stedet blevet omdefinert til at være en privatsag, som individet selv skal tage hånd om, med de ressourcer det må være i besiddelse af (Bauman, 2005; Pedersen O., 2011a).

Borgerens manglende evne til at kunne deltage i fællesskabet, er som Baumann beskriver det, et økonomisk problem og derfor en byrde for samfund og stat. Problemet kan mere konkret siges at bestå i, at borgeren i stedet for at generere penge gennem et arbejde, bliver en bekostning som eksempelvis kan manifestere sig i tilfælde, hvor borgeren er modtager af sociale ydelser. Her bliver der således tale om såkaldte systemafhængige borgere. Ifølge Dean opfattes afhængighed af både venstre- og højrefløj som et problem, der er opstået som følge af den uvirksomme måde, hvorpå der er blevet uddelt serviceydelser og andre goder på i velfærdsstaten samt den mentalitet der er blevet affødt heraf (Dean, 2008).

Ovenstående beskriver, hvordan vi har at gøre med en af moderniseringsprocessens mest gennemgribende konsekvenser. Mennesker er blevet mere og mere afhængige af de samfundsmæssige institutioner. Ifølge Ulrich Beck betyder dette, at individuelle livsforhold i stigende grad rammes af kriser og den eneste måde, hvorpå man kan opnå eksistenssikring, er gennem arbejdsmarkedet: *"Nøglen til eksistenssikring er arbejdsmarkedet. Og hvis man skal gøre sig gældende på arbejdsmarkedet, er det nødvendigt med uddannelse. Har man ikke adgang til nogen af delene, er man samfundsmæssig og materielt ilde stedt."* (Beck, 1997, s. 214).

Som det fremgår, betragtes de velfærdsstatslige forpligtigelser, som omfatter de nævnte *systemafhængige* borgere, i dag som en samfundsmæssig udgiftsbyrde. Som Rose & Miller beskriver det, anklager velfærdsstatens kritikere eksempelvis borgeren for at være passiv modtager af ydelser (Rose & Miller, 1992). Manu Sareen, minister for "børn, ligestilling, integration og sociale forhold" spørger i et debatoplæg der diskutere

rer berettigelsen af evidensbaseret viden: *"...hvordan får vi skabt et samfund, hvor alle – uanset handicap, psykisk sygdom eller sociale problemer – kan få sig en uddannelse, et arbejde og en plads i fællesskabet?"* (Sareen, 2014, s. para 12). Som det fremgår, lægger Sareen vægt på, at målet med indsatsen på det sociale område er uddannelse og arbejde som en vej til deltagelse i fællesskabet, hvilket ifølge Ove Kaj Pedersen er kendetegnende for det fællesskab, der er gældende i konkurrencestaten og ifølge Ulrich Beck er den eneste vej til eksistenssikring i det moderne samfund. Sareens holdning til evidens er tydelig, idet han videre skriver: *"Evidens er sund fornuft. Og den skal vi have mere af, ikke mindre af på det sociale område."* (Sareen, 2014, s. para 3).

I bogens "Anden del" vil der nu redegøres for opkomsten af den evidensbaserede viden og derudover forklares, hvorledes evidenslogikken på grund af den implicite bevisførelse af virkninger, anses for at kunne legitimere besparelser i det offentlige, hvorfor det således også nyder stadig større opmærksomhed på det sociale område.

## **ANDEN DEL:**

# **Om evidensbaseret viden, statens kamp for legitimation og Social- styrelsens 19M-pulje projekt**

## Kapitel 3: Evidensbaseret viden

En søgning i infomedia på artikler fra de sidste 15 år (2000-2015), hvor ordet "evidens" forekommer, giver et resultat på 10.859 artikler. Det er her særligt bemærkelsesværdigt, at langt størstedelen af disse (8.274 stk.) er publiceret indenfor de sidste 5 år. Resultatet giver et billede af, hvordan der er opstået en markant stigende interesse for emnet i løbet af denne årrække, blandt andet i offentligheden og blandt professioner (Infomedia, 2015).

### 3.0 Ideen om evidens

Ideen om *evidens* er historisk situeret og et resultat af en politisk proces. Af historiske milepæle omhandlende evidensbaseret viden, bør 1972 nævnes, hvor begrebet "evidensbaseret medicin" blev introduceret af den skotske læge Archie Cochrane i dennes monografi: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Cochrane talte heri for vigtigheden af at benytte evidens fra såkaldte *Randomiserede Kontrollerede Forsøg* (RCT<sup>2</sup>). Cochrane var overbevist om, at resultaterne fra disse forsøg med al sandsynlighed ville være mere pålidelige, end de kilder der ellers var til rådighed (Cochrane, 1972). Evidenstanken kan dog spores tilbage til det 19. århundrede hvor det, ligesom i Cochranes tilfælde, har sit udspring i medicin og medicinsk behandling (Simovska & Carlsson, 2012). I forbindelse med socialt arbejde kan evidenseksperimenter spores tilbage til 1920'ernes USA. Evidens blev dog ikke her, som det var tilfældet på det medicinske område, en del af praksis (Egelund, 2011). I 1970'erne og 1980'ernes USA øgedes omfanget af eksperimenter i socialt arbejde under indflydelse af psykologen Donald Campbell. En egentlig interesse for evidens i Europa kom derimod først til at spille en rolle i løbet af 1990'erne. Med dannelsen af *Centrum för Utvärdering av socialt arbete* (CUS) i 1993, blev Sverige et af foregangslandene på området (Oakley, 2000, s. 318-322; Bhatti, Hansen, & Rieper, 2006, s. 62).

---

<sup>2</sup> Fra engelsk = *Randomised Controlled Trials*

### 3.1 Evidens - en samfundsmæssig nødvendighed?

Da resultaterne fra de internationale komparative undersøgelser i begyndelsen af 2000 viste, at det Danske sundhedssystem, som er et af de dyreste i verden, ikke var blandt de mest effektive, kom evidens imidlertid på dagordenen på dette område. Et af de første bidrag herhjemme er sundhedsstyrelsens rapport *Viden og evidens i forebyggelsen*, hvori der fokuseres på hvordan, der nationalt og internationalt, er stigende fokus på vurdering af kvaliteten af den viden, der ligger til grund for indsatsen ift. forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen, 2004). Den uafhængige tænketank *Mandag Morgen* bidrog det samme år, på baggrund af et netværkssamarbejde med en række faglige organisationer og videnscentre, med debatoplægget *Virker velfærden? – Et debatoplæg om evidens og velfærd*. I oplægget argumenteredes der for, at det var nødvendigt at tildele evidensbaseret viden en mere fremtrædende rolle, hvis fremtidens velfærd skulle sikres og videreudvikles. Desuden proklameredes det, at evidenstankegangen ville kunne blive et markant kvalitetsløft og nyt grundlag for dialogen med brugere og brugerorganisationer (Mandag Morgen, 2005, s. 10-11). Ifølge Mandag Morgen, var der, på trods af en overordnet enstemmig vilje til at betale for en vidtgående velfærdsservice, alligevel mange i det danske samfund, som havde forbehold i forhold til spørgsmålet, om den offentlige service og dens ansatte nu var gode nok:

”Danskerne stiller stigende krav til den offentlige service om at løse stadig sværere opgaver med en stadig mere specialiseret velfærdsservice. Selvom der er næsten enstemmig vilje til at betale for en vidtgående velfærdsservice, så er danskerne fortsat i tvivl. Er den offentlige service nu alle pengene værd, og er de offentligt ansatte nu også gode nok?” (Mandag Morgen, 2005, s. 12).

Denne skepsis er på mange måder forståelig, på baggrund af de mange oplysninger der er kommet, i forhold til hvor godt den offentlige sektor reelt har præsteret. Her kan blandt andet nævnes PISA undersøgelserne, der viste, at danske børn, på trods af dyre folkeskoler, læste dårligere end børn i mange andre lande (Undervisningsministeriet, 2014). Derudover havde aktiveringsindsatsen for ledige vist sig at være uden virkning og der var uvidenhed, i forhold til hvordan og hvorfor det lykkedes nogle kommuner at integrere indvandrere bedre end andre kommuner. Yderligere var der stor mangel på dokumentation i forhold til indsatsen for samfundets allersvageste (Mandag Morgen, 2005). Ifølge Mandag Morgen er kernen i evidenstankegangen: "... hele tiden, at forsøge systematisk at have den bedst mulige evidens for det man foretager sig i den offentlige

sektor, for på den måde at gøre det bedst muligt for brugerne med den mindst mulige omkostning." (Mandag Morgen, 2005, s. 29).

Den tidligere direktør for Nordisk Campbell Center Merete Konnerup<sup>3</sup>, kom i 2005 med sit bud på hvad årsagen til den gryende interesse for evidensbaseret praksis kunne skyldes: *"Hvis man skal pege på én enkelt faktor bag den gryende interesse for evidensbaseret politik og praksis i Danmark og resten af Norden, så er det dette, at de sidste 40 års kraftige vækst i den sociale sektor realistisk ser ("set", red.) ikke kan fortsætte i samme tempo."* (Konnerup, 2005, s. 14-16). Konnerup henviser sandsynligvis her til, at en for stor offentlig sektor vil være for dyr, hvilket kan skyldes, at en stor offentlig sektor vil overforbruge højtuddannet arbejdskraft, som ellers ville kunne skabe værdi og øge produktiviteten i privatsektoren. En ubalance i forholdet mellem offentlig og privat vækst kan nemlig, lig tankerne bag konkurrencestaten, betyde en faldende konkurrenceevne. Som den administrerende direktør for Dansk Erhverv, Jens Klarskov siger i en kronik i fra Politiken 2013: *"Denne ubalance i forholdet mellem offentlig og privat vækst viser i disse år sine uheldige virkninger. Vi oplever eksempelvis faldende konkurrenceevne, manglende evne til at tiltrække investeringer og øget outsourcing af opgaver til både nære og fjerne markeder."* (Klarskov, 2013, s. para 9). Konnerup mener, at der er opstået en række tendenser som følge af den forventede opbremsning i den sociale sektors vækst, hvor følgende eksempel i denne sammenhæng bør nævnes:

- Øgede krav om professionalisering af organiseringen, styringen og udøvelsen af den offentlige sektor (Konnerup, 2005).

En øget efterspørgsel efter troværdig dokumentation er ifølge Konnerup en effekt, som må siges at være afledt af disse tendenser:

*"Der er mindst én afledt effekt af alle disse tendenser: En øget efterspørgsel efter dokumentation – og vel at mærke troværdig dokumentation, der kan stå for et nærmere eftersyn. Dokumentation der ikke er afhængig af, hvem der har frembragt den. Dokumentation der er frembragt ved hjælp af metoder, som reelt har en chance for at afsløre, om indsatsen virker eller ej. Dokumentation der rækker ud over de helt lokale erfaringer."* (Konnerup, 2005, s. 14).

---

<sup>3</sup> Nordisk Campbell Center arbejder med evidens og effektmåling af sociale indsatser. Centeret ledes nu af Mette Deding og har skiftet navn til SFI Campbell.

Lektor ved Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet, Søren Christensen mener, at man for at kunne forstå evidensbegrebets udbredelse, er nødt til at se det i lyset af den aktuelle samfundsmæssige udvikling, hvor velfærdsstaten er ved at ændre sig til en konkurrencestat: *"I dag bliver velfærdsstatens overlevelse i den globale konkurrence bestandigt tematiseret som et spørgsmål om, at den skal trimmes eller disciplineres. Velfærdsstaten betragtes her som den her vildtvoksende stat, der hele tiden breder sig ud over egne grænser, hvis der ikke bliver holdt øje med den."* (Holm-Pedersen, 2014, s. 21). Christensen beskriver hermed og i konsensus med neoliberalismen påstande om en løbsk økonomi, samt Klarskov og Konnerups ovenstående diskussion ift. dette, hvordan evidens er opstået og anses som et nødvendigt produkt heraf og fortsætter: *"(...) evidens handler ikke kun om at finde ud af, hvad der virker. Det handler i mindst lige så høj grad om at finde ud af, hvad der ikke virker og ikke har nogen effekt for så med afsæt i den viden at kunne beskære velfærdsstaten og styre velfærdsprofessionerne, der i vidt omfang betragtes som ansvarlige for velfærdsstatens vildtvoksende tendenser."* (Holm-Pedersen, 2014, s. 21). Christensen mener således, at et formål med evidens ligeledes er at finde frem til, hvad der ikke virker. Hensigten med dette er ifølge Christensen at skabe legitimitet i forhold til de oprydninger, der pt. foregår i velfærdsstaten (Holm-Pedersen, 2014). Dette er et aspekt som ligeledes benævnes i psykiatriudvalget rapport, hvor der på følgende vis argumenteres for nødvendigheden af, at der benyttes evidensbaserede metoder i den kommunale indsats:

*"Mangel på metoder med dokumenteret effekt i en dansk kontekst og varierende anvendelse af de metoder, der findes, udgør en udfordring i særligt den kommunale indsats, idet der er risiko for, at der utilsigtet bruges ressourcer på mindre effektfulde indsatser."* (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 87).

### 3.2 Evidensstigen

I forhold til, hvor sikker man kan være på de svar, som en analyse giver nu også er sande, tager man udgangspunkt i et hierarki af analysemetoder. Dette hierarki har fået tilnavnet *evidensstigen*; herhjemme introduceret af Mandag Morgen i 2005 (Figur 3). Evidensstigen er baseret på en vurdering af, hvor store fejlkilder der er og modellen skal tolkes som, at der er flere og mere ukontrollable fejlkilder i bunden, end der er i toppen af stigen. Der findes flere versioner af evidensstigen, men på den følgende side er Mandag Morgens version medtaget som et eksempel.

Analysemetode	Eksempler	Styrke
1. Casestudier	Anekdoter, historier, cases osv.	<b>Meget lav</b>
2. Ekspertholdninger	Udtalelser, usystematiske konsensusudtalelser mv.	
3. Sammenligningsstudier	Benchmarking med nøje beskrivelse af både indsats og effekt. Effektmåling over tid (før og efter sammenlignes og sammenlignes med ændringer i indsats)	
4. Matchet kontrolgruppe/systematisk benchmarking	Benchmarking med sammenlignelig gruppe (skole A sammenlignes med lignende skole B) Kontrol for f.eks. social baggrund, karakterniveau osv.	
5. Kohorte- eller panelstudier	Sammenligner forløb for ledige, der er blevet aktiveret med X, med ledige, der stadig venter på aktivering. Sammenligner mængden af lungekræft med mængden af rygning i årtierne forud.	
6. Lodtrækningsforsøg (RCT studier)	Deltagerne deles i to (eller flere) grupper via lodtrækning. Testes før og efter. Grupperne sammenlignes.	
7. Systematiske oversigter (meta-studier)	Sammenfatter resultaterne af flere studier udvalgt og vurderet efter systematiske kriterier. Ofte vælges kun lodtræknings- og kohortestudier.	<b>Meget høj</b>

(Figur 2.) (Mandag Morgen, 2005, s. 29)

Tendensen er, at det er mere sandsynligt at en undersøgelse, der ligger i bunden af evidensstigen, vil nå frem til en positiv effekt af en given indsats i forhold til en undersøgelse, der er baseret på en af analysemetoderne i toppen. Mandag Morgens eksempel på dette er, at *lodtrækningsforsøg* om midler til eksempelvis kriminalitetsforebyggelse vil være mere pessimistiske end *ikke-lodtrækningsforsøg*. Indenfor den medicinske verden findes der tilsvarende resultater. En stram metode, som lodtrækningsforsøg, vil med mindre sandsynlighed validere en metodes virkning ergo - jo strammere metode des mindre sandsynlighed for metodens virkning.

Lodtrækningsforsøg skal og kan, på trods af dets force i at bevirke høj evidens, ikke altid efterstræbes, da der er tilfælde, hvor analysemetoden kan være meget vanskeligt. I andre tilfælde er den uetisk at anvende. Effekt af rygning kan eksempelvis udelukkende undersøges via *kohorte undersøgelser*, fordi man pga. de nævnte årsager ikke kan trække lod om, hvem der skal ryge og hvem der ikke skal. Metoden til at skaffe evidens følger ofte et princip om genbrug, idet man anvender andres erfaringer og resultater i processen (Mandag Morgen, 2005, s. 31).



### 3.3 Ønsket om evidens på det socialpsykiatriske område

I regeringens seneste publikation om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser fra maj 2014, beskrives brugen af evidensbaseret viden som omkostningseffektiv, men som fortsat mangelfuld: *"Der findes kun få evidensbaserede og omkostningseffektive metoder i den sociale indsats, som er afprøvet i en dansk kontekst, og udbredelsen af metoder er derfor generelt varierende"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 38).

I publikationen lægges der desuden vægt på, at for få kommuner stiller konkrete krav til de metoder der anvendes og at metodevalget derfor alt for ofte er overladt til de enkelte medarbejdere, hvilket også som tidligere beskrevet fremgår af en undersøgelse af SFI (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014; Bengtsson & Røgeskov, 2012). Regeringen skriver i forhold til dette: *"For at styrke mennesker med psykiske lidelsers muligheder for at komme sig skal der være fokus på afprøvning og udbredelse af rehabiliterende metoder, som styrker kvaliteten i indsatsen og gør en forskel i kommunernes arbejde."* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 38). Her vil jeg, som i bogens indledning, endnu engang henvise til *Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold*, som foreskriver at: *"(...) kommunens tilbud skal så vidt muligt tage udgangspunkt i indsatser, vi ved virker."* (Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, 2014, s. para 4).

Som beskrevet i indledningen, vil processen få indflydelse på de professioner, der arbejder indenfor det sociale område, hvor dette i forhold til kontaktpersonens fremtidige rolle vil manifestere sig i, at man nu skal arbejde mere fokuseret med inddragelse af borger og pårørende via tilgangen Åben Dialog, der af Socialstyrelsen beskrives som evidensbaseret (Socialstyrelsen, n.y (e)).

Det stigende fokus på anvendelsen af evidensbaseret viden i socialt arbejde har fået en blandet modtagelse. Der er nogle, som hilser denne nye tilgang til arbejdet velkommen, men der er også andre, som er mere skeptiske og anser den "evidensbaserede praksis" for at være en fare for deres profession (Nielsen, 2005). De, som er mest positive, anser evidens som en mulighed for at opnå anerkendelse på det politiske område og ligeledes som en mulighed for at forbedre socialarbejderes position i samfundssøjemed. I 2005 ytrede formand for Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Kirsten Nissen, sin holdning til dette. Nissens sagde her: *"Vi har som fagfolk en forpligtelse til at bruge de metoder, vi ved virker."* (Nielsen, 2005, s. 10).

Andre anser brugen af evidens som et angreb på deres faglige dømmekraft og evne til at tage beslutninger og derfor også som enden på socialarbejderens rolle som den er nu (Sommerfeld, 2005). Mandag Morgen anser evidens for at være en forudsæt-

ning for, at de offentligt ansatte kan opnå højere respekt og status, da man mener, at evidens vil bidrage til en højere kvalitet af arbejdet:

”De tider er for længst forbi, hvor det var nok at have en grunduddannelse og mange års erfaring, for at være god nok. I dag skal offentligt ansatte – i hvert fald i teorien - følge med i en rivende international faglig udvikling, hvor der løbende offentliggøres hundreder og på mange felter tusinder af artikler og rapporter. Det er umuligt at følge med i en sådan vidensstrøm, hvis man ikke har kraftige og gennemtænkte sorteringssystemer, der kan skelne mellem solid og mindre solid viden.” (Mandag Morgen, 2005, s. 18).

Således drages tre perspektiver på den evidensbaserede praksis i spil. Kirsten Nissen taler om, at fagfolk har en forpligtelse til at anvende metoder, man ved virker i deres arbejde. Et andet perspektiv beskriver modsat, at en evidensbaseret praksis kan side-stilles med at negligere fagfolkernes dømmekraft, mens et tredje perspektiv peger på at den evidensbaserede praksis netop er forudsætningen for, at fagpersoner i det offentlige vil kunne opnå højere respekt og status.

### 3.4 Kritik af evidens

Et af de gennemgående punkter for kritik i forbindelse med anvendelsen af evidensbaseret viden på det pædagogiske område, drejer sig om, at man ikke kan overføre, hvad der på det sundhedsvidenskabelige/medicinske område menes at være kriterier for sikker viden, til et humanistisk område såsom det (social)pædagogiske (Buus, Hamilton, Rasmussen, Thomsen, & Wiberg, 2011).

Når man på det sundhedsvidenskabelige område for eksempel skal afprøve et farmakologisk præparat overfor en given sygdom, er der ifølge Benny Karpatschof tale om, hvad han kalder et veldefineret problem. På det sociale og pædagogiske område er dette derimod ikke tilfældet, da problemerne som her skal løses, må anses for at være anderledes komplekse og vanskeligere at definere, og at der på et sådan område desuden vil være tale om individuelle og kollektive aktører (f.eks. den sindslidende og kontaktpersonen). De individuelle og kollektive aktører følger hver især handlemønstre, der vil virke afvigende i forhold til den mekaniske kausalitet, der eksisterer, når man afprøver et farmakologisk præparat. Forklaringen er, at relationen mellem ”genstand” og ”aktør”, som kunne være den sindslidende og kontaktpersonen, ikke kun går i én

retning, som det er tilfældet med mekanisk kausalitet, men derimod kan siges at indebære en vekselvirkning (Karpatschof, 2008, s. 58-59).

Søren Peter Olesen beskriver den samme problematik, idet han i forhold til socialt arbejde påpeger: *"Det har hyppigt ikke karakter af afgrænsede "programmer", hvis resultater eller effekter kan gøres simpelt op."* (Olesen, 2007, s. 12). Ifølge Olesen optræder sociale problemer i kombinationer, som gør det vanskeligt eller umuligt at anvende evidens i en for snæver forstand.

I den internationale debat argumenterer evidens-skeptikere, for at anvendelsen af evidensbaseret viden i praksis kan anskues som dogme i en tid, hvor rationalisering, kvalitetsstyring og kontrol er tendensen. Evidens kan i denne forstand ses som en del af den stødt stigende managementtænkning, som præger den offentlige sektor, som eksempelvis New Public Management (Olesen, 2007). Med hensyn til anvendelsen af evidens på det sociale område, er det ifølge Olesen vigtigt at evidensbegrebet ikke bliver for snævert, da det derved vil medføre en række risici. Olesen beskriver i denne forbindelse, at evidensbevægelsen har fremhævet behovet for evidens i en specifik betydning, hvor *"...sikker" viden alene forbindes med såkaldt randomiserede, kontrollerede eksperimenter og repræsentative, statistiske undersøgelser."* (Olesen, 2007, s. 10). Ifølge Olesen bliver evidens i denne forstand netop snævert og enerådende, hvilket vil kunne medføre, at fokus for indsatsen vil blive rettet mod standardisering og styring.

I forhold til heterogene målgrupper som eksempelvis har flere forskellige diagnoser, vil det på det sociale område således blive vanskeligt at benytte sig af evidens i denne snævre betydning (Olesen, 2007).

Ovenstående bebuder at der som følge af samfundsudviklingen er opstået flere holdninger der taler for et behov for troværdig dokumentation. Et spørgsmål er i forhold til dette, om landets institutioner - de sociale strukturer - er rustede til at kunne bidrage til en forøgelse af konkurrenceevnen jvf. de nævnte krav, som konkurrencestaten stiller til den enkelte.

### 3.5 Statens kamp for legitimation

I dette afsnit præsenteres tanken om at evidens, udover hvad der er blevet belyst i ovenstående, ligeledes kan anskues som et tiltag i statens kamp for at opretholde legitimation overfor befolkningen.

Vores samfund kan, som Ulrich Bech har beskrevet det, beskrives som et risikosamfund (Beck, 1997, s. 27). Beck taler i denne sammenhæng om større samfundsmæssige og globale risici i form af eks. klimaforandringer, global fattigdom og ulighed

(Beck, 1997, s. 56). Idet vi er bevidste om disse risici, hvilke kan karakteriseres som den teknologiske og økonomiske udviklings følgevirkninger, dannes der et paradoks, fordi effekten af samfundets vidensproduktion, har medført komplekse følgeproblemer. Med Beck's egne ord betyder dette, at moderniseringsprocessen derfor bliver *refleksiv*:

"Moderniseringsprocessen bliver "refleksiv", dvs. den gør sig selv til tema og problem. Spørgsmål om udvikling og anvendelse af teknologier (indenfor områderne natur, samfund og personlighed) overskygges i stigende grad af spørgsmål om den politiske og videnskabelige "håndtering" (administration, opdagelse, indkalkulering, minimering, tilsløring osv.) af risici – ud fra specifikt definerede relevanskriterier – i forbindelse med aktuelle eller fremtidige teknologier." (Beck, 1997, s. 28).

Professor i sociologi, Peter Sommerfeld, beskriver det samme, idet det moderne samfunds institutioner - moderniseringens vigtigste drivkræfter – bliver sat under pres i de refleksive processer. Institutionernes succes bliver nemlig ligeledes deres eget problem idet der i en endeløs proces, både løses og skabes problemer (Sommerfeld, 2005, s. 12). Anders Blok, leder af Center for Videnskab, Ekspertise og Samfund (CEVES), beskriver i tråd med Beck og Sommerfeld, videnskabens forandrede rolle, situation og dets medfølgende paradoks:

"På den ene side taber videnskaben legitimitet, fordi den gennem sin teknologiske anvendelse forbindes med produktion af nye trusler, såsom atomkraft og ozonlagshuller. På den anden side bliver videnskabelig ekspertise en stadig mere central ressource, fordi det kun er gennem videnskabens "sanseapparat", at de nye trusler lader sig erfare, inddæmme og kritisere." (Blok, 2012, s. linie 69).

Svend Brinkmann anfører, at risikosamfundet har medført, at vi nu lever i en tid, hvor sikkerheden hyldes som aldrig før. Tvivl og usikkerhed er kommet i lav kurs som følge af samfundets konstante produktion af risici og man hylder derfor "sikkerhedens etik", hvor sikker viden, forskning og videnskab, anvendes i alle afskygninger for at opnå - sikkerhed (Brinkmann, 2014, s. 62-63).

Det bliver som beskrevet et centralt spørgsmål, om samfundets institutioner er rustede til at varetage udfordringen. For evner institutionerne at arbejde effektivt med det, de menes at være kompetente indenfor, kan man med andre ord stole på dem - og

ikke mindst, er de rustede til at kunne bidrage til en forøgelse af konkurrenceevnen jvf. konkurrencestatens krav, så denne kan overleve i den globaliserede vidensøkonomi? Som det fremgår, bliver det en del af de moderne institutioners arbejde at skulle kæmpe for at opnå og opretholde legitimitet.

### **3.6 Statens udfordring – beslutningstagernes vidensbehov**

Sommerfeld diskuterer netop dette spørgsmål, idet han gør diskussionen om nødvendigheden af evidensbaseret viden, til et politisk problem. På politisk plan drejer det sig om nødvendigheden af, at staten er i stand til at producere svar og løsningsmodeller i forhold til de udfordringer, som staten står overfor, for på denne måde at opnå den nødvendige legitimitet blandt befolkningen:

*"If it is true that legitimacy becomes a rare resource for all modern institutions, then this is crucial for the political system. The political system needs legitimacy for its survival like plants need the sun." (Sommerfeld, 2005, s. 13).*

De problemer, som staten står overfor, vil dog i de fleste tilfælde være komplekse størrelser såsom arbejdsløshed og som i denne kontekst lige såvel kunne være de sindslidendes situation i konkurrencestaten. En anden udfordring er, at en stor del af problemerne nu er forbundet med globaliseringsprocessen og der er derfor tale om problemer, som ikke egenhændigt kan kontrolleres af den enkelte stat. Altså er det problemer, som tager tid at løse og som ikke altid kan løses i løbet af den tid statens ledere har, før deres legitimitet igen revurderes, eksempelvis i forbindelse med det næste folketingsvalg. Staten er derfor nødt til at fremkomme med nye tilgange, som kan forsikre befolkningen om, at man er i stand til at håndtere de pågældende udfordringer (Sommerfeld, 2005).

Sommerfeld anvender den tyske sociolog Niklas Luhmanns systemteori som forklaringsmodel i forhold til ovenstående problematik. Ifølge Sommerfeld er statens udfordring nemlig, hvordan den kan vise, at den er i stand til at imødegå udfordringen, som globaliseringen medfører, når systemerne i staten er autopoietiske. At systemer er autopoietiske betyder ifølge Luhmann, at de reproducerer sig selv og på samme tid er selvreferentielle og lukkede. Da systemerne er lukkede, er udfordringen heri, at intet kan bevæge sig udefra og ind i systemet (Rasmussen, 2004, s. 249-250). Statens løsning har derfor ifølge Sommerfeld været:

"The answer is that you have to transform the modes of exchange between the political system and the other systems, at least those of them which are dependent on financial resources allocated by the state (the political-administrative system)." (Sommerfeld, 2005, s. 14).

Det vil altså være nødvendigt for staten at omdanne graden af indbyrdes afhængighed og delt ansvar mellem de implicerede parter til fuldførelsen af opgaven jvf. *the modes of exchange*, mellem det politiske system og de andre systemer - med hovedvægt på de systemer der tildeles økonomiske ressourcer fra statens side, hvilket kunne være det socialpsykiatriske og det sociale område generelt. Derudover må der implementeres en ny form for kommunikation i forbindelse med tildelingen af disse ressourcer (Ekeh, 1974; Sommerfeld, 2005). Sommerfeld mener, at man i statens løsningsmodel kan identificere tre dimensioner, som kan siges at være opstået som en konsekvens af statens nævnte forsøg på at opnå indflydelse.

Her er der tale om dimensionerne *New Discourses*, *New Governance* og *New Structures*. Pga. bogens omfang vil jeg ikke gå nærmere i detaljer med disse begreber, men nedenstående figur 2 vil kunne give et indblik i, hvordan der er sket ændringer i det politiske system som følge af moderniseringen. Øverst i figuren ses de nævnte "komplekse problemer" og "statens udfordring". Herunder står de tre dimensioner, og under disse; omfanget af forandringer:

Complex Problems (De komplekse problemer)	Crisis of Legitimacy State (Statens udfordring)	
<u>New Discourses</u>	<u>New Governance</u>	<u>New Structures</u>
Communitarism	Activating State	New Public Management
Civil Society	Reshaping Society	Audit Society
Citizen Participation	Reshaping Welfare	Introduction of Quasi-
Think global, act local (Local Agenda 21)	State	Markets, Economysation
	Reformulating the	Managemerialism
	Parts of "Governementalité"	

(Figur 3.) (Sommerfeld, 2005, s. 15)

I forhold til spørgsmålet om, hvordan det er muligt for det politiske system at lede og styre de lukkede funktionelle systemer, anvender Sommerfeld Michel Foucaults governmentality begreb, hvilket jeg derfor nu kort vil vende tilbage til. Med udgangspunkt i denne styringstanke, kan det blive muligt for staten at styre de lukkede systemer ved at skabe en mentalitet inde i systemerne, som bevirker at de vil agere, som man ønsker, at de skal. En forandring såsom "New Public Management" under dimensionen "New Structures" i skemaet ovenover, er netop et styringsværktøj til dette formål – en økonomisering af de sociale processer i forholdet mellem stat, administration og de systemer, som er afhængige af offentlig finansiering, eksempelvis det sociale område. Altså er dette en metode hvormed staten opnår kontrol og indflydelse (Ibid.). Den evidensbaserede praksis vi nu oplever, og som er opstået i takt med moderniseringen af det offentlige, er ifølge Sommerfeld direkte relateret her til, idet han siger:

*“Evidence based practice”, in my perspective, is directly related to the current modernisation of the professions and consequently to the changes of modern society. I would go so far as to say that this seemingly new paradigm is a direct product, and a direct expression, of the ongoing modernisation process.”*  
(Sommerfeld, 2005, s. 8).

I det følgende "kapitel 4" præsenteres Socialstyrelsens implementering af Åben Dialog i Danmark i forbindelse med projektet: "Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser med fokus på rehabiliterende og recovery-understøttende evidensbaserede metoder" i perioden 2013-2016 (Social- og Integrationsministeriet, n.y). Formålet med kapitlet er at skabe indsigt i baggrund og formål med projektet, samt projektets evalueringsform med hensyn til evidensdiskussionen.

## Kapitel 4:

# Socialstyrelsens implementering af Åben Dialog i Danmark

### 4.0 Socialstyrelsens 19M-pulje projekt

I psykiatriudvalgets rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" fra 2013, nævnes Åben Dialog som en *tilgang* med hvilken man kan sørge for, at indsatsen overfor mennesker med sindslidelser bygger på åbenhed, inddragelse og samarbejde, i forhold til den enkelte og dennes netværk.

"Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bør altid bygge på åbenhed, det vil sige inddragelse, dialog og samarbejde i forhold til både den enkelte og dennes familie og øvrige netværk. En tilgang i forhold til dette udgangspunkt er eksempelvis 'Åben Dialog', der er en aktivt inkluderende, ligeværds- og dialogbaseret tilgang til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser." (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 95).

I rapporten nævnes det ligeledes, at: "En grundlæggende forudsætning for at udviklingen mod større recoveryorientering, og mindre indgribende indsatser kan fortsætte er, at der prioriteres forskning på området." (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 190). Åben Dialog nævnes her som en af flere metoder, som der kan sættes fokus på i forhold til forskning og effektmåling (Ibid.).

Det er sandsynligvis med udgangspunkt i disse anbefalinger, at Socialstyrelsen fra efteråret 2013 til efteråret 2016 gennemfører projektet "Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser med fokus på afprøvning af rehabiliterende og recovery-understøttende evidensbaserede metoder", hvor Åben Dialog indgår som én af de to metoder, der skal afprøves. Puljen bag projektet er blevet udmeldt som en 3-årig pulje med et budget på i alt 57,0 mio. kr. Det vil sige 19 mio. kr. pr. år, hvorfor puljen er døbt 19M puljen. Planen er, at de erfaringer der drages med at implementere og afprøve metoderne, efterfølgende skal gøres anvendelige for andre kommuner. Social- og Integrationsministeriet skriver følgende i forhold til det egentlige mål med puljen: "På lang sigt arbejder kommunerne systematisk med den recove-



ry-orienterede tilgang og anvender evidensbaserede metoder/modeller i samarbejdet med målgruppen." (Social- og Integrationsministeriet, n.y, s. 2-3). Det fremgår således, at målet med puljen er at landets kommuner fremover skal implementere og arbejde ud fra en evidensbaseret praksis. I forbindelse med projektet står Center for Socialfaglig Udvikling (CSU) for supervisering og uddannelse af medarbejderne og Rambøll Management har stået for udarbejdelsen af en "Åben Dialog manual" (Socialstyrelsen, n.y (d); Socialstyrelsen, n.y (c); Social- og Integrationsministeriet, n.y, s. 1; Rambøll Management for Socialstyrelsen, 2014). Forud for projektet inviteredes samtlige kommuner til at indsende interessetilkendegivelser om deltagelse i puljen og kommunerne skulle ud fra den metode, de ønskede at afprøve, beskrive hvordan de havde tænkt sig at gribe dette an. Af Social- og integrationsministeriets vejledningsmateriale fremgår det, at kommunerne skulle opfylde en række krav der blandt andet skulle sikre, at de ville arbejde inden for puljens formål og tema, samt at de ville arbejde med den tildelte metode med henblik på at opnå den hertil beskrevne målsætning. 14 kommuner blev i sidste ende udvalgt og inviteret til at deltage i projektet, hvoraf fem af disse skulle afprøve Åben Dialog (Social- og Integrationsministeriet, n.y, s. 6-7).

#### 4.1 Evaluering og dokumentation af Åben Dialog

Et centralt punkt i puljens projektbeskrivelse er "*Evaluering og dokumentation*". Det fremgår ud fra dette punkt, at der vil være en central ekstern evaluering, og at projektkommunerne skal indsende årlige projekterklæringer som dokumentation for fremdrift i projektet.

Kommunerne skal desuden deltage i implementeringsevalueringens aktiviteter, hvilket indbefatter interview, sparringsmøder og vidensdelingsdage. Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling Region Midtjylland (CFK) skal stå for evalueringen (Social- og Integrationsministeriet, n.y, s. 7; Socialstyrelsen, n.y (b)). Nedenstående figur 6. beskriver Åben Dialog evalueringens formål, hvor det kort fortalt, drejer sig om, at finde ud af, om metoderne virker, hvad de koster og hvordan de implementeres.

Evalueringens formål er at dokumentere:

- Hvilken **effekt** Åben Dialog har i forhold til de borgere, der har gennemført et Åben Dialog forløb
- Hvilke forudsætninger der skal indfries for at sikre en vellykket **implementering**
- **Økonomiske konsekvenser** af afprøvningen af Åben Dialog

(Figur 4.) (Socialstyrelsen, 2015, s. 10)

Der indgår som beskrevet to metoder i 19M puljens projekt, og det skal her nævnes, at effekten af den anden metode "Social Færdighedstræning" evalueres ved hjælp af et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT).

Effektevalueringen af Åben Dialog foretages imidlertid på anden vis: "Åben Dialog er en helt, helt anden metode (end Social Færdighedstræning, red.). Det er nærmere en tilgang – altså en måde man møder borgeren og borgerens netværk på (...) Det er meget mere omfattende og sværere at måle på, men det er en spændende udfordring." (CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, n.y (a), s. para 3). Evalueringen af Åben Dialog vil altså ikke blive baseret på et RCT studie. RCT studier rangerer, som tidligere beskrevet, i toppen af evidensstigen og bliver som følge heraf af flere beskrevet som "den gyldne standard" indenfor forskningsområdet (se bl.a. Gossop, 2005).

I et notat fra Socialstyrelsen findes følgende forklaring i forhold til, hvorfor man ikke baserer evalueringen af Åben Dialog på et RCT studie: "Det blev ikke vurderet at Åben Dialog som metode var klar til RCT. I stedet gennemføres en anden form for analyse "Contribution Analysis" (Socialstyrelsen, 2015, s. 2). På CFK's hjemmeside fremgår det, at: "...effektevalueringen af Åben Dialog vil bygge på principperne for Contribution Analysis (tilvækstanalyse). Implementeringsevalueringen består af en analyse af kontekstfaktorer og fidelitet..." (CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, n.y (b), s. para 1).

Ifølge "Better Evaluation" kan en evalueringsrapport baseret på Contribution Analysis ikke ses som et endeligt bevis. En Contribution Analysis eller på dansk *tilvækstanalyse*, bidrager nærmere med argumenter hvorudfra, man kan drage en sandsynlig konklusion i forhold til, om den metode, der afprøves, har haft mærkbar medvirken til de i evalueringen dokumenterede resultater, eller ikke (Mayne, 2008, s. 1; Better Evaluation, n.y). Det betyder således, at man ved afslutningen på Socialstyrelsens projekt kan forvente en evalueringsrapport fra CFK, som altså ikke endeligt beviser Åben Dialogs effekt, men ud fra hvilken det vil fremgå, hvorvidt det er sandsynligt, at Åben Dialog har haft nogen betydning for rapportens resultater, eller ikke. Man kan spørge, om Socialstyrelsen eventuelt ville have foretrukket et RCT studie, hvis Åben

Dialog havde været klar til dette, men ovenstående tyder imidlertid på, at Socialstyrelsens kriterier for hvornår en metode er god nok, eksempelvis ikke baseres ud fra hvilket trin på evidensstigen den anvendte evalueringsform befinder sig - at det er lige meget, om graden af evidens er svag eller stærk, så længe evidensen til en vis grad optræder.

Det er i denne sammenhæng interessant, at Socialstyrelsen beskriver, at målet med 19M puljen, er at kommunerne fremover skal arbejde evidensbaseret, idet dette kunne pege i retningen af, at Socialstyrelsens forståelse og brug af evidensbegrebet er en smule lemfældigt.

## 4.2 Åben Dialog og den sparsomme evidens

På Socialstyrelsens hjemmeside findes der en oversigt over i alt 16 metoder og tilgange, der beskrives at have dokumenteret effekt i forhold til recovery og rehabilitering (Socialstyrelsen, n.y (e)). De 16 metoder og tilgange er hver især beskrevet ud fra en kortere introduktion, samt punkterne *Målgruppe, varighed, dokumentation* og *aktuelt*. Blandt metoderne figurerer også Åben Dialog og introduktionen til Åben Dialog og de nævnte punkter dækker i denne forbindelse over følgende:

**Åben Dialog**

Åben dialog er en netværksbaseret tværsektoriel tilgang baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til borgeren med sindslidelse og dennes netværk. Omdrejningspunktet er en idé om, at brugerens sociale netværk udgør en ressource, der kan bruges som element i behandlingen. Metoden har vundet stor anerkendelse verden over. For det første på grund af sin humanistiske og respektfulde åbenhed over for de menneskelige og sociale dimensioner af psykiske problemer. For det andet på grund af sine enestående resultater. For psykotiske patienter har det eksempelvis vist sig at de fleste, i løbet af en femårig opfølgingsperiode, vender tilbage til arbejde eller uddannelse, og mere end 80 % har ikke længere psykotiske symptomer.

**Målgruppe:** Bred målgruppe. Effektiv i forhold til flere diagnosegrupper.

**Varighed:** Individuelt.

**Dokumentation:** Evidens.

**Aktuelt:** Åben Dialog er under implementering flere steder i socialpsykiatrien og hospitalspsykiatrien i Danmark. I Psykiatriens hus i Silkeborg implementeres Åben Dialog som en integreret tilgang - på tværs af socialpsykiatri, distriktskykiatri, job-center og socialforvaltning.

(Figur 5.) (Socialstyrelsen, n.y (e), s. para 16)

Som det fremgår, er der ifølge Socialstyrelsen evidens for effekten af Åben Dialog, hvilket også ses i projektbeskrivelsen af 19M puljen. En forskningsoversigt fra Social Forsknings Institutet 2013, omhandlende integrerede indsatser overfor mennesker med psykiske lidelser, beskriver imidlertid evidensen for Åben Dialog som svag:

”De to seneste af Seikkulas publikationer bringer resultaterne af et studie, hvor resultaterne fra første og anden fase af OD-praksis i Vestlapland sammenlignes med en kontrolgruppe fra byen Jyväskylä, hvor befolkningen etnisk set er som i Vestlapland, og man har anvendt sædvanlig finsk behandlingspraksis. Der viste sig at blive færre sengedage for OD første fase og endnu færre for OD anden fase, sammenlignet med referencegruppen, og mindre brug af antipsykotisk medicin. Blandt de borgere, der var behandlet med OD i anden fase, var der også færre psykotiske symptomer og flere i arbejde sammenlignet med de øvrige grupper. Evidensen for effekten af OD er alt andet end stærk, men den er medtaget (i rap-

porten, red.), fordi OD-metoden påkalder sig stor interesse i Danmark. (...)” (Bengtsson & Gregersen, 2013, s. 41).

Bengtsson og Gregersen henviser i ovenstående sammenhæng til Jaakko Seikkula et.al’s publikationer: “Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia” fra 2001 og “Five-year Experience of First-episode Nonaffective Psychosis in Open-Dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies” fra 2006 (Bengtsson & Gregersen, 2013, s. 96). Bengtsson og Gregersen mener altså, at evidensen for effekten af Åben Dialog, baseret på de to nævnte publikationer er svag. Publikationerne er, som det er blevet beskrevet, baseret på sammenligningsstudier. Det fremgår ikke af rapporten, ud fra hvilke kriterier Bengtsson & Gregersen har bedømt evidenseffekten for Åben Dialog, men de andre metoder, som nævnes i rapporten, er blandt andet baseret på analysemetoder såsom RCT studier, reviews og metaanalyser (Bengtsson & Gregersen, 2013, s. 15). Fælles for disse analysemetoder er, at de findes på evidensstigen og det er derfor sandsynligvis herudfra, Bengtsson & Gregersen har bedømt effekten for evidensen af Åben Dialog. Hvis man ser på de nævnte publikationer af Seikkula et.al ud fra et “evidensstige” perspektiv, rangerer sammenligningsstudier som nummer tre på evidensstigen 7-trins skala, og evidensen for Åben Dialog må således ganske rigtigt siges at være af svagere karakter (se Figur 3, s. 50.).

I forbindelse med en kortere e-mail korrespondance med Jaakko Seikkula i marts 2015, konfronterede jeg Seikkula med ovenstående rapport af Bengtsson & Gregersen. Seikkulas svar var i forhold til dette:

*“Unfortunately the information in the document is quite accurate (...) The unfortunate part is also that research only has been conducted in Western Lapland and not in other places. There will be new research during the coming years. Some of them also in Denmark even if not directly of Open Dialogue, but still related subject.”* (J. Seikkula, personlig kommunikation pr. e-mail, 9.3.2015).

Som det fremgår, er Seikkula enig i, at evidensen for Åben Dialog, baseret på de nævnte publikationer, er svag. I denne sammenhæng er det nu nærliggende at spørge, hvorfor Socialstyrelsen har udvalgt Åben Dialog som en del af deres projekt, når nu evidensen, ifølge Bengtsson & Gregersen og Jaakko Seikkula selv, er svag.

### 4.3 Evidenspolitik - 19M puljen som en del af statens kamp for at opnå legitimitet

Bogen vender her, for en kort bemærkning, tilbage til afsnittet om "Statens udfordring" i kapitel 4, hvor det med udgangspunkt i Ulrich Beck og Peter Sommerfeld blev diskuteret, hvordan staten på metaforisk vis *kæmper en kamp* for at opretholde sin legitimitet overfor befolkningen - eller som Sommerfeld mere billedligt beskriver det: "*The political system needs legitimacy for its survival like plants need the sun.*" (Sommerfeld, 2005, s. 13) Staten må altså fremkomme med nye tiltag, som man ved virker, eller rettere, - tiltag for hvis virkning der er dokumenteret *evidens*. Åben Dialog har, som beskrevet, vist bemærkelsesværdige resultater – metoden har vist sig virkningsfuld - i hvert fald i Vestlapland, hvor resultatet taler for sig selv. Selve evidensen for Åben Dialog er, som det fremgår, imidlertid svag og man kan derfor stille sig spørgende i forhold til, om hvorvidt det er et led i Socialstyrelsens evaluering af Åben Dialog i forbindelse med 19M pulje projektet at fremvise bedre resultater, som hviler på en højere grad af evidens, end de resultater man hidtil har set med Seikkulas nævnte sammenligningsstudier.

At staten stiller krav til de metoder, som anvendes, fremgår i Socialstyrelsens publikation "*Viden til gavn – Politik for udvikling og anvendelse af evidens*" (Socialstyrelsen, 2013). I publikationen beskrives det, hvordan der, når der skal afprøves eller udvikles metoder, er tre gennemgående evalueringsspørgsmål, som beskriver et "beslutningstagernes vidensbehov" og som evalueringer af evidens som en hovedregel skal kunne besvare. Beslutningstagerne vil i dette tilfælde være *Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold*, og Socialstyrelsen, som står for projektet, kan i sammenhængen betragtes som ministeriets udfører. De tre evalueringsspørgsmål er:

- Virker det?
- Hvad koster det?
- Hvordan implementeres det? (Socialstyrelsen, 2013, s. 6).

Som det fremgår af figur 5 s. 62, er det netop også ud fra disse evalueringsspørgsmål CFK's Contribution Analysis skal evaluere Åben Dialog. Spørgsmålene giver et billede af, hvordan staten søger at opretholde legitimitet, rent pragmatisk set, og hvordan evidenspolitikken via implementeringen af en evidensbaseret praksis er et redskab til dette. Hvis det med 19M puljen lykkes at frembringe styrket evidens for Åben Dialog, vil dette betyde, at staten udaftil, opnår at få en evidensbaseret praksis på det psykiatri-

ske/socialpsykiatriske område og hermed en løsningsmodel i forbindelse med statens udfordringer på det nævnte område.

Ifølge Sommerfeld vil dette, som beskrevet, styrke statens legitimitet overfor befolkningen. Med en evidensbaseret praksis, vil staten med andre ord kunne overbevise borgerne om, at den er i stand til at løse de problemer, som den står overfor. Så svaret på, hvorfor det overhovedet anses for nødvendigt at implementere en evidensbaseret praksis, vil være, at det ud fra et statsligt blik ikke er nok, at en metode virker. For staten er det nødvendigt at kunne fremstille og præsentere metoden som evident således, at der ikke kan stilles spørgsmålstejn ved metodens (og hermed statens) udsigelseskraft. Statens legitimitet vil styrkes i forhold til den generelle indsats på f.eks. det sociale område, som bogen berører. Derudover vil der, idet der implementeres evidensbaserede metoder i praksis, i statsøjemed være tale om en økonomisk gevinst. Mandag Morgen beskrev i 2005 dette som en del af selve kernen i evidensstanken: *"... hele tiden, at forsøge systematisk at have den bedst mulige evidens for det man foretager sig i den offentlige sektor, for på den måde at gøre det bedst muligt for brugerne med den mindst mulige omkostning."* (Mandag Morgen, 2005, s. 29).

## **TREDJE DEL:**

# **Om Åben Dialog, kontaktpersonens rolle i Åben Dialog regi og hvad fremtiden kan bringe**



## Kapitel 5: Præsentation af Åben Dialog

Omdrejningspunktet i dette afsnit er at præsentere tankerne bag Åben Dialog og give et indblik i begrebets historie - samt dets anvendelse i praksis.

På omtrent samme tid som Recovery havde sit indtog på det socialpsykiatriske område, introduceret af Videnscenter for Socialpsykiatri i perioden 2000-2002 (Jensen P., 2002; Neidel, 2011), ramtes den danske psykiatri, af begrebet *Åben Dialog*. Åben Dialog trækker på en stor del af de samme grundforståelser som recovery, men har dog indtil videre stået mere i baggrunden. Der er dog stigende opmærksomhed på Åben Dialog i Danmark, hvilket blandt andet manifesteredes, da *Åben Dialog Netværket i Danmark* i oktober 2013 blev modtagerne af den psykosociale rehabiliteringspris "Den Flyvende Gris". Åben Dialog Netværket er sammensat af personer ansat i 4 regioner og 10 kommuner i indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser i Danmark. Netværket er udviklet i en samskabelsesproces med Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), og har nu eksisteret i godt 15 år. (Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, 2013; Åben Dialog Netværket i Danmark, 2014). Ifølge Socialstyrelsens Finn Blickfeldt Juliussen, var netværkets udgangspunkt: "...at lægge en inkluderende strategi for et forsat implementeringsarbejde af en mere hel indsats omkring borgere med psykiske vanskeligheder." (Juliussen, 2014, s. 3).

### 5.0 Åben Dialog

Åben Dialog har vist bemærkelsesværdige resultater i arbejdet med sindslidende, idet blandt andet 85 procent af mennesker som havde lidt af psykoser, efter at have gennemgået et Åben Dialog forløb, kunne vende tilbage til fuld arbejdsmæssig beskæftigelse. Ifølge ophavsmændene bag Åben Dialog er der hverken tale om en metode eller en tilgang. De ønsker i stedet at udbrede forståelser såsom:

*"Vi benytter ikke udtrykket "åben dialog" om en specifik tilgang, men om en måde at være mellem mennesker på i enhver relation." (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 55)*

*"Åbenheden i Åben Dialog refererer til den gennemsigthed som gennemstrømmer behandlings- og beslutning processen igennem forløbet." (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014, s. 2)*

Jaakko Seikkula, der er mange anses som hovedpersonen bag udviklingen af åben dialog, er professor ved Institut for Psykologi på Jyväskylä Universitet i det centrale Finland. Seikkula er desuden pt. tilknyttet den amerikanske non-profit uddannelsesorganisation The Taos Institute. I begyndelsen af 1980'erne til og med 1998 var Seikkula medlem af det team på Keropudas Hospital i Finland, hvor Åben Dialog blev udviklet. Blandt andre væsentlige personer, som har deltaget i udviklingen af Åben Dialog, skal også nævnes den norske læge og psykiater Tom Andersen (1936-2007). Andersen havde et mangeårigt samarbejde med Seikkula og anses for at være grundlæggeren af arbejdsformen med reflekterende processer, som er et væsentligt element i forbindelse med tankerne bag Åben Dialog (Seikkula, 2008; The Taos Institute, 2014; Videnscenter for Socialpsykiatri, n.y).

## 5.1 Historien bag et systemskifte: fra lukket- til åben dialog

*"The idea behind OD (Open Dialogue red.) is the provision of psychotherapeutic treatment for all patients within their own personal support systems. This is done by generating dialogical communication within the treatment system, and involves mobile crisis intervention teams, patients, and their social networks in joint meetings." (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 2).*

De første skridt i forbindelse med udviklingen af Åben Dialog blev foretaget i 1984, hvor man begyndte at organisere behandlingsmøder på Keropudas Hospital i Tornio, Finland. Hospitalspersonalet, som i forvejen arbejdede med systemisk familie terapi, besluttede at ændre måden, hvorpå man varetog patientindlæggelser. Beslutningen var baseret på frustrationer over ikke at have fundet en måde, hvorpå man kunne integrere individuel psykoterapi i behandlingen af skizofrenipatienter med den systemiske familierapi for patientens familie. Resultaterne af familierapien var desuden nedslående, fordi kun 5-10 pct. deltog i behandlingsformen.

Der var noget ved arbejdet med denne behandlingsform, som ikke passede med de forventninger, familien havde. Familierne følte sig overset og diskvalificerede i for-

hold til de spørgsmål, som den systemiske familie terapi stillede vedrørende deres kompetencer i familiesammenhæng. Man overvejede derfor, om der var en måde, hvorpå familiens viden kunne anvendes mere konstruktivt (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014; Seikkula & Arnkil, 2014, s. 62; Widsell, 2015, s. 14).

I denne forbindelse fandt man inspiration i professoren Yrjö Alanens *Need Adapted Treatment Model* (NATM), der fordrer åbne møder, hvor patienten og dennes familie inviteres fra begyndelsen og uden personalet på forhånd har forberedt mødet (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014, s. 2; Seikkula & Arnkil, 2014, s. 64). NATM er en tværfaglig metode, hvor professionelle fokuserer på at arbejde rehabiliterende med sindslidende mennesker i deres eget miljø. Et andet vigtigt element er at mobilisere den enkeltes netværk til at deltage i *netværksmøder*. Netværket tæller eksempelvis familiemedlemmer, venner og professionelle og anses for at have samme indflydelsesmæssige betydning som de professionelle i processen med at løse den sindslidendes krise og at undgå eventuelle fremtidige kriser. Målet er en opnåelse af en positiv langvarig forandring for den sindslidende (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991; Alanen Y. O., 1997; Center to Study Recovery in Social Context, 2015).

Personalet på Keropudas Hospital ændrede således deres tilgang til akutte patienter ved at lave netværksmøder, hvor de sammenbragte patienten, dennes familie og evt. involverede fagfolk - hvilket siden kom til at gå forud for beslutninger om evt. indlæggelse.

I den systemiske familie terapi er det en grundantagelse, at gruppen er et system i balance, hvori medlemmerne hver især har en funktion med at opretholde denne balance. Ifølge Seikkula mfl. har den systemiske familierapi følgende ideer til fælles med Åben Dialog: "*Certain ideas from systematic family therapy (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cacchin, & Prata, 1978; 1980) especially of circular reasoning rather than linear causality, positive connotation, and some aspects of circular questioning are also elements in OD.*" (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 6). De særligt fremtrædende fællestræk mellem systemisk familierapi og Åben Dialog er altså cirkulær argumentation fremfor lineær kausalitet og positiv konnotation - hvilket konkret betyder, at man i begge tilfælde har en positiv tilgang til det sagte (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980, s. 7). Derudover er der ligheder med visse elementer fra cirkulær spørgen - hvormed der på *neutral* vis arbejdes hen imod, at finde et mønster, som skaber og forklarer sammenhæng (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980, s. 4).

Specielt for Åben Dialog er det dog, at der ikke på samme vis fokuseres på familien og kommunikationen i familien som et system. Målet for Åben Dialog er nemlig ikke, som det er tilfældet med systemisk familie terapi, at komme med impulser som

kan ændre den "faste" logik i et system ved at bidrage med - eller indføre en *ny* logik i systemet.

"The aim in OD is not "to give an impulse to change the fixed logic of the system by introducing a new logic" (Boscolo & Bertrand, 1998, s. 217) fra (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 6).

For Åben Dialog er målet at skabe et fælles rum for en ny måde at tale på – et nyt sprog, hvor *ting* kan begynde at få forskellige betydninger. Man fokuserer derfor på de ord, der bliver sagt med henblik på at opbygge et *nyt fælles sprog*. (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003). At der skal opbygges et nyt fælles sprog, lyder måske umiddelbart en smule utilgængeligt. Tanken vil dog blive beskrevet og yderligere udpensles i et kommende afsnit.

"Systemisk familierterapi fokuserede på at anskue problemet eller symptomerne som en funktion af familiesystemet. Men når vi skabte åben dialog, sigtede vi på, at alle de forskellige stemmer skulle blive hørt, uden at tænke på, om de havde nogen funktion i familiesystemet. Således sigtede interventionen ikke på at skabe forandring i familieinteraktionen men, på at skabe nye ord og beskrive nye hændelser." (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 66).

Hermed opstod således en ny "open practice" som sammen med et fortsat fokus på klinisk innovation, organisatorisk fornyelse og forskning, siden udviklede sig til, hvad der nu er kendt som *Åben Dialog*, først beskrevet i 1995 af Jaakko Seikkula et.al i teksten "*Treating Psychosis by Means of Open Dialogue*", som et bidrag i professor Steven Friedmans værk "*The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*" (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014). Følgende citat stammer fra nævnte værk og beskriver varslende et skifte fra et "gammelt" system til et "nyt" eller rettere, - skiftet fra en *monologisk* til en *dialogisk* tilgang:

"The shift from the old system to the new one can be illustrated by means of the metaphor about monological and dialogical language. The old system is an example of monological language because all the considerations and planning and decisions were made by the team, within the treatment system, and the family

did not have any place in that proces. The new system is dialogical in the sense that a joint process is established from the very beginning of the therapeutic discussions." (Seikkula J. , Aaltonen, Alakare, Haarakangas, Keränen, & Sutela, 1995, s. 65).

I det gamle system, hvor man benyttede sig af den systemiske familierapi, beskrives tilgangen som værende *monologisk*, idet overvejelser, planer og beslutninger udelukkende blev foretaget af behandlingssystemets personale - uden familiens/netværkets medvirken. Det nye system betegnes som *dialogisk*, da der her fokuseres på at gøre processen til et fælles foretagende.

## 5.2 Åben Dialog som socialkonstruktionistisk praksis

Ovenstående udgangspunkt kan siges at være i overensstemmelse med den socialkonstruktionistiske tankegang, hvor den sociale virkelighed og sproget heri er noget, mennesker skaber gennem deres interaktion. Polyfonien – *de mange stemmer der altid findes rundt om hvert menneske* - regnes i Åben Dialog sammenhæng for, at kunne påvirke den sociale virkelighed (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014, s. 5).

Med hensyn til det polyfoniske aspekt har Seikkula hentet en del af sin inspiration hos den russiske lingvist Mikhail Bakhtins skrifter om den *polyfone livsform* og dialogorientering. Bakhtin beskriver blandt andet, at forfatteren af en "polyfon roman" ikke kan kontrollere romanpersonernes handlinger, uden at disse er i dialog med andre personer (Bakhtin, 1984; Seikkula & Arnkil, 2014, s. 67).

Seikkulas oplevelse var, at terapeuten i åbne behandlingsmøder stod i samme situation. Terapeuterne havde ansvaret for at skrive en behandlingshistorie, men kunne ikke gøre dette på traditionel vis - hvor den professionelles rolle er at definere metoder for at fjerne symptomer eller - som det er tilfældet med den systematiske familie terapi - at forandre familiesystemet.

Socialkonstruktionismen kan således ansues som det epistemologiske grundlag for Åben Dialog (Bengtsson & Gregersen, 2013, s. 40). Af de mere fremtrædende socialkonstruktionister der har berørt lignende temaer findes eks. Kenneth J. Gergen, som ift. det positive i at *opbygge et nyt fælles sprog*, skriver:

"For some, new solutions to problems will become apparent, while for others, a richer set of narrative meanings will emerge. For still others, a stance toward meaning itself can perhaps evolve, one which betokens that tolerance of uncer-

tainty, that freeing of self that comes from acceptance of the unbounded relativity of meaning. For those who adopt it this stance offers the prospect of a creative participation in the unending and unfolding meaning of life." (Gergen, 1994, s. 252).

Ifølge Gergen kan der altså opstå en mulighed for, at man vil blive i stand til at kunne anskue problemer fra flere sider, hvilket kan medføre at hidtil usete løsningsmodeller vil kunne dukke op. Deltagere vil kunne frigøres fra evt. statiske konventioner/tankemønstre, og et frit og mere fleksibelt rum for samtale vil kunne opstå imellem dem (Gergen, 1994). Der må på undersøgende vis lyttes til de mange stemmer for at få så mange perspektiver med som muligt, og det er også her, der bliver tale om et *nyt sprog*. Ved at lytte til familiens erfaringer, ideer og fortællinger, bliver det muligt at tale om de ting, det ikke hidtil har været muligt at tale om. Personalets rolle bliver således at respondere og reflektere over det, de har hørt familien tale om og sørge for at gøre det acceptabelt og mindre farligt at tænke og tale om vanskelige ting for de involverede (Seikkula & Arnkil, 2014; Widsell, 2015, s. 16). I et interview med Mats Widsell fra Multiversitetet fortæller Seikkula i forhold til dette, om hvad han mener er årsagen til Åben Dialogs positive effekt: *"Jeg mener, at det at gøre det muligt at tale om det som ikke har haft ord tidligere, er den vigtigste helbredende komponent."* (Widsell, 2015, s. 16). Da psykiatrien oprindeligt er tænkt som et medicinsk fag og en medicinsk videnskab, hvor patienter behandles af læger og professionelle, som anvender terapeutiske behandlingsmetoder mod specifikt diagnosticerede sygdomme, er denne holdningsændring til behandling særlig interessant. Seikkula oplevede jo netop, at det var disse oprindelige metoders kontrol, der måtte opgives og at han og holdet på Keropudas hospitalet måtte tilpasse deres handlingsmønster, så det fulgte klienterne (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 67). Seniorforsker Steen Bengtsson og Signe Gregersen fra SFI er inde på lignende, idet de skriver:

"OD (Åben Dialog, red.) ser den psykotiske adfærd som ét muligt svar i den aktuelle dialog og lægger i sin praksis vægt på, at dialogen med borgeren opretholdes også i den kritiske fase af psykosen. OD er således præget af et helt andet menneskesyn, end den medikamentelt orienterede psykiatri ofte er, idet metoden lægger vægt på at opretholde kontakten med borgeren og skabe mening i stedet for at fokusere på symptomer." (Bengtsson & Gregersen, 2013, s. 40).

Under et Åben Dialog møde diskuterer deltagerne de forskellige spørgsmål, som er forbundet med det konkrete problem samt processens fremadrettede planer. Essentielt er det, at eventuelle beslutninger træffes, mens alle er til stede. Mødet har tre overordnede funktioner: (1) at indsamle informationer vedrørende problemet, (2) at planlægge behandlingen og på baggrund af diagnosen der laves på grundlag af - og i løbet af samtalerne at træffe alle de nødvendige beslutninger, samt (3) at udvikle en psykoterapeutisk dialog. Udgangspunktet for behandlingen er familiens/netværkets sprog, - hvilket vil sige, hvordan familien med egne ord vil beskrive patientens/den pågældendes problem (Alanen Y. O., 1997, s. 175; Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003). Problemerne som tages op på møderne, bliver anset for at være sociale konstruktioner - specifikke for hver enkelte samtale:

*"Each person has his/her own voices in constructing the problem and, as Anderson (1997) has noted, listening to others becomes more important than any specific way of interviewing. In the case of a psychotic patient, it seems important to accept the psychotic hallucinations or delusions of the patient as one voice among others. In the beginning, these are not challenged, but the patient is encouraged to tell more about his/her experiences." (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 5).*

Den måde mennesket, eksempelvis den sindslidende mødes på, er baseret på en tanke om, at ethvert menneske har en opfattelse af situationen, som denne tilhører og at denne perception er dette menneskes virkelighed. Et andet menneske har i den samme situation ligeledes sin subjektive opfattelse af virkeligheden. Essensen er her, at denne virkelighed kun eksisterer som en virkelighed, for den der perciperer den. Tom Andersen beskriver dette på følgende vis: *"Samme >>ydre<< situation kan være/blive til mange >>virkeligheder<<. Ingen >>virkelighed<< kan siges at være bedre end de andre. De er alle lige >>virkelige<<. En person konstruerer sit billede af >>virkeligheden<< på en sådan måde, at han kan overleve i denne >>virkelighed<<." (Andersen, 2001, s. 40-41).*

### 5.3 Hovedprincipper

Den Åbne Dialog praksis kan overordnet siges at hvile på to grundlæggende funktioner, som er 1. Netværksarbejde og 2. En særlig form for dialogisk praksis:

“The practice of Open Dialogue thus has two fundamental features: (1), a community-based, integrated system that engages families and social networks from the very beginning of their seeking help; and (2), a “Dialogic Practice,” or distinct form of therapeutic conversation within the “treatment meeting.” (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014, s. 2).

I alt findes der syv *hovedprincipper*, der er de overordnede *guidelines* som Seikkula et. al for første gang fremsatte i 1995 og som siden da er blevet nævnt som en fast del af litteraturen om- og arbejdet med Åben Dialog (Seikkula J. , Aaltonen, Alakare, Haarakangas, Keränen, & Sutela, 1995; Aaltonen, Seikkula, Alakare, Haarakangas, Keränen, & Sutela, 1997; Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003; Seikkula, 2008; Seikkula & Arnkil, 2014; Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014).

De 7 hovedprincipper for Åben Dialog
1. At yde øjeblikkelig hjælp
2. Det sociale netværksperspektiv
3. Fleksibilitet og mobilitet
4. Ansvarlighed
5. Psykologisk kontinuitet
6. Tolerance af usikkerhed
7. Dialogbaseret

(Figur 6.) (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014, s. 3)

**At yde øjeblikkelig hjælp.** Klinikkerne arrangerer første møde indenfor 24 timer efter den første kontakt/henvendelse. Formålet med en hurtig indsats er at forhindre så mange hospitalsindlæggelser som muligt. Den psykotiske patient deltager i de første møder allerede under den mest intense psykotiske periode (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 3). Det kan umiddelbart virke en smule voldsomt og unyttigt at inddrage en intenst psykotisk patient i et møde. Erfaringen viser dog, at den pågældende oplever at få kontakt med noget, der ikke ses af resten af familien. Dens psykotiske patients kommentarer kan virke uforståelige i de første møder, men efter et stykke tid vil man hyppigt opleve, at kommentarerne handler om virkelige ting fra patientens liv – ting som patienten ikke har været i stand til eller har



haft mulighed for at sætte ord på før krisen (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 71). Det er ligeledes dette udgangspunkt, som citatet af Tom Andersen på forgående side beskriver.

**Det Sociale Netværksperspektiv.** Patienten, dennes familie og andre nøglepersoner i patientens netværk inviteres til det første møde for at yde støtte for patienten og denne familie. Andre vigtige deltagere kan være af mere officiel karakter såsom folk fra det lokale jobcenter med tanke på revalidering, men også kolleger, naboer eller venner (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003, s. 3).

**Fleksibilitet og mobilitet.** Dette sikrer man ved at tilpasse det terapeutiske aspekt til hver enkelte tilfældes specifikke behov. Man skal altså anvende de terapeutiske metoder, som egner sig bedst til den enkelte sag. Der konstrueres ikke nogen fremtidig fastlåst behandlingsplan under selve krisefasen, men idet krisen falder til ro, vælges de former for behandling og terapeutiske metoder, som anses for at være bedst egnende til det specifikke tilfælde og patientens forudsætninger. De fremtidige møder organiseres i patientens hjem med familiens samtykke (Ibid.).

**Ansvarlighed.** Den der, blandt det professionelle personale, oplever den første kontakt (jf. punkt 1.), er ansvarlig for at arrangere det første møde, hvor beslutninger om den rette behandling træffes. Det hele team tager efterfølgende ansvar for behandlingsprocessen (Ibid.).

**Psykologisk kontinuitet.** Teamet er ansvarligt for behandlingen gennem hele perioden. Patientens netværk inviteres kontinuerligt til at deltage gennem hele behandlingsprocessen (Ibid.).

**Tolerance af usikkerhed.** Dette styrkes gennem opbygning af tillid i den fælles proces. Ved en psykotisk krise er muligheden for at kunne mødes dagligt i mindst de første 10-12 dage nødvendig for at kunne opnå en følelse af tillid. Møderne organiseres efterfølgende jævnlige, alt efter familiens ønsker. Som beskrevet i pkt. 3, laves der ikke detaljerede behandlingsplaner i selve krisefasen. Man benytter i stedet muligheden for at planlægge det næste møde og hermed undgå eksempelvis for tidlige konklusioner og behandlingsbeslutninger. Man opstarter eksempelvis ikke antipsykotisk medicin, såkaldte *neuroleptika*, med det samme. En sådan eventuel behandling bør diskuteres på minimum tre netværksmøder før denne beslutning træffes (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 77). Seikkula beskriver i sammenhængen: *"...Det er min holdning, at hallucinationer altid er fortællinger om noget, der er sket. Dette får man ikke tilgang til, hvis man begynder at give psykosemedicin, som har reducerende effekt af disse erfaringer..."* (Widsell, 2015, s. 16-17).

**Dialogbaseret.** Fokus er primært på at skabe dialog og sekundært på at skabe forandring hos patienten eller i familien. Den dialogiske samtale ses som et forum, hvor patienten og familien får mulighed for at øge deres følelse af kontrol over eget liv,

idet de får mulighed for at diskutere problemerne. I stedet for at følge en specifik interviewprocedure, er målet med at konstruere en dialog at være tro mod måden, som familien og patienten er vant til tale sammen på (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003; Seikkula & Arnkil, 2014, s. 78).

Åben Dialog indebærer, at man er i stand til at lytte og kan tilpasse sig til den bestemte kontekst og sproget, der udveksles heri. Den *unikke* interaktion mellem den *unikke* gruppe af deltagere, der deltager i den terapeutiske samtale, er det årsagsdannende element i muligheden for positiv forandring (Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014). For terapeuten i Åben Dialog forløbet betyder dette, at man er tvunget til at tilpasse ens handlemønster, så det følger klienterne. Seikkula og Arnkil beskriver, hvordan dette kan opfattes som selve fundamentet eller den dialogiske praksis' grundlag: "*at anerkende den Anden uden betingelser.*" (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 67).

Som beskrevet bør Åben Dialog ikke opfattes som hverken en metode eller en tilgang. Åben Dialog bør i stedet karakteriseres som en gennemstrømmende og overordnet åbenhed i tilgangen til, hvordan man møder mennesker i enhver relation. Seikkula et. al. beskriver eksempelvis, hvordan tilgangen til sindslidelser via Åben Dialog vil ændre sig fra en tidligere *monologisk* tilgang, som sås i den systemiske familierapi til at være *dialogisk* præget, fordi behandlingen af den sindslidende, med udgangspunkt i Åben Dialog, er blevet et fælles foretagende mellem den sindslidende, dennes netværk og behandlingspersonalet.

## Kapitel 6: Kontaktpersonens rolle i Åben Dialog regi

Som beskrevet er Åben Dialog tilgangen allerede en integreret del af socialpsykiatrien på enkelte botilbud i kommunalt og regionalt regi. Jeg har, som det blev forelagt i bogens metodeafsnit, været i kontakt med to kontaktpersoner og to ledere på det socialpsykiatriske område og foretaget interview med disse. Med hensyn til de to lederinterview, har formålet været at få indblik i årsagerne til, hvorfor de pågældende botilbud havde valgt at implementere Åben Dialog i den daglige praksis. Deruover har jeg ønsket at undersøge, om lederne havde nogle specifikke forventninger i forhold til, om kontaktpersonens rolle ville ændre sig med Åben Dialog implementeringen. Formålet var, i forhold til kontaktpersonerne, at få indblik i, hvilken betydning en socialpsykiatrisk praksis, influeret af Åben Dialog tilgangen, kan have fået for deres rolle og funktion - i forhold til hvordan deres rolle som kontaktpersoner tidligere var.

### 6.0 Botilbuddenes beslutning om at implementere Åben Dialog

Adspurgt, om de bagvedliggende årsager til botilbuddets beslutning om, at implementere Åben Dialog, fremgår det i et af interviewene, at man har ment det som et nødvendigt skridt for at udvikle den socialpsykiatriske praksis. Lisette, den ene leder, fortæller i denne forbindelse:

"(...) man kan sige, at vi samarbejder med nogen mennesker, hvor der har været afprøvet rigtig rigtig mange forskellige ting, uden det har løst deres livssituation. Så der skal noget andet til, der skal på en eller anden måde opfindes noget anderledes end det gængse, og det mener vi, at Åben Dialog kan. Man mødes dialogisk og reflekterende."

Af Lisettes udtalelse fremgår det, at man har følt et behov for udvikling. Formålet med den socialpsykiatriske indsats og de forskellige recoveryorienterede tiltag gennem årene, har med hendes øjne vist sig at være ineffektive i forbindelse med den sindslidendes recoveryprocess. Dette har resulteret i, at man derfor har vurderet, at det var nødvendigt med *"noget anderledes end det gængse,"* som Lisette siger. I denne forbindelse har man således også ment, at Åben Dialog tilgangen kunne være dette alternativ. Lisette beskriver efterfølgende, hvorfor hun mener, at Åben Dialog kan være en ny og god tilgang til at anskue den socialpsykiatriske praksis på :

*"Det er jo en tilgang, som tager udgangspunkt i, at det er de mennesker, som står i en svær livssituation og oplever de her problemer. Det er dem, i relation til deres netværk, både det private og det professionelle. Det er i relationen at udviklingen og løsningerne og livet kan ske (...) Mere end at man tænker, man kan ordne eller fixe noget inde i folks indre."*

Lisette beskriver i det ovenstående forskellen på den socialpsykiatriske praksis før og efter Åben Dialog implementeringen. Af beskrivelsen fremgår det, at synet på den tidligere praksis har været, at den var målrettet mod at skulle *"ordne eller fixe noget inde i folks indre"*. Dette udsagn peger i retning af, hvad der kan beskrives som en indsats, der har båret præg af at have været behandlingsorienteret – et tema, som vil blive diskuteret yderligere i et senere afsnit i bogen. Lisettes beskrivelse af Åben Dialog tilgangens styrke, leder tankerne mod socialkonstruktionismen, da udvikling og løsning skabes i relationen til netværket. Dette er desuden meget lig de tanker, som Seikkula & Arnkil beskriver i forhold til deres erfaring med, at personalet måtte opgive den resultatorienterede kontrol og tilpasse deres handlingsmønstre, så det i stedet fulgte klientens (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 67).

Svends beskrivelse af årsagen til botilbuddets valg om at implementere Åben Dialog er, som følger:

*"Det ser ud som om, der er nogle perspektiver i det samarbejde, som fagprofessionelle har med borgerne, der kan blive tættere...og der kan blive mere fokus på samarbejdet og det at gøre ting "med" i stedet for "for."*

Ud fra Svends udsagn fremgår det, at botilbuddets formål med at implementere Åben Dialog er, at de fagprofessionelles samarbejde med borgeren skal blive tættere. Desu-

den fremgår det af udsagnet, at fagpersonens (kontaktpersonens) arbejde hidtil har båret præg af, at man gjorde ting "for" borgeren. Med Åben Dialog er det ifølge Svend forhåbningen, at man i den socialpsykiatriske praksis fremover i højere grad vil gøre ting "med" brugeren. Svend fortæller ligeledes i denne sammenhæng, at det jo faktisk også er det, som politikerne ønsker med indsatsen:

"(...) og det er en tendens, som vi rigtig gerne vil understøtte og det er faktisk også det politikerne ber' os om. De taler om involvering af borger og netværk i støtten."

Svend kan her eks. henvise til den seneste regeringspublikation for området: *"Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan."* fra 2014, hvor det står: *"Det er veldokumenteret, at borgerens aktive deltagelse er afgørende for en vellykket indsats, det vil sige afgørende for muligheden for at komme sig."* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 9) Svends udsagn giver ligeledes et indblik i, at det hidtil kan have været vanskeligt at arbejde "med" og ikke "for" borgeren. Med Åben Dialog er det således botilbuddets forhåbning, at indsatsen vil ændre på dette.

De to ledes beskrivelse af botilbuddenes årsager til at implementere Åben Dialog, bærer begge præg af et umiddelbart ønske om forandring i den socialpsykiatriske praksis. Åben Dialog implementeringen beskrives blandt andet som, at det har været en nødvendighed på et område som, i et recoveryperspektiv billedlig talt, ikke har båret den forventede frugt. Derudover har området, jvf. Svends udtalelser, været præget af en praksis, hvor det samarbejdende aspekt mellem kontaktpersonen og borgeren kunne være bedre, fordi borgeren ikke er blevet inddraget optimalt. Den manglende inddragelse er problematisk fordi forskning på området peger på, at inddragelse af borgerens egne ressourcer er med til at forbedre borgerens mulighed for at handle i eget liv, hvilket understøtter borgerens recoveryproces (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

## 6.1 Lederens syn på kontaktpersonsrollen i Åben Dialog regi

I forbindelse med de to lederinterview var målet ligeledes at få indblik i om Lisette og Svend som ledere havde nogle forventninger om, at kontaktpersonens rolle og funktion ville ændre sig i en fremtid baseret på en Åben Dialog baseret praksis. De to informanter gav her begge udtryk for, at de havde klare forventninger til netop dette. Fælles for dem begge var det, at de forventede, at der vil ske en mærkbar ændring. Disse

ændringer har især haft betydning i forhold til kontaktpersonens professionelle rolle, men derudover også i forhold til magtperspektivet mellem bruger og kontaktperson. Lisette fortæller således:

“(...) man kan sige, at den professionelle rolle vil ændre sig markant. Det har tidligere været lidt som om, man skulle være ekspert på den andens liv og samtidig har man haft et meget meget stort ansvar, altså ansvar for, at det går godt, eller at der sker noget, at vi skal sørge for at ting og sager er i orden (...) Det ændrer sig i denne her professionelle praksis, hvor man i langt højere grad ... hvor man bliver en samarbejdspartner ... hvor man hverken har magten eller ansvaret overfor den anden på samme måde.”

Ud fra Lisettes udsagn fremgår det, at hun har en forventning om, at kontaktpersonens rolle vil ændre sig fra at have antaget en position som værende ekspert og have siddet med ansvaret overfor borgerens liv til en position, hvor kontaktpersonen nu i stedet bliver en samarbejdspartner i forholdet til brugeren. Svend beskriver det på lignende vis, idet han tager udgangspunkt i en medarbejders beskrivelse af funktionen som kontaktperson:

*“...nogen gange synes vi, at vi hele tiden skubber på som et tog der puffer bagpå, og andre gange som et lokomotiv der trækker”, (Svend fortsætter) “(...) og det er jo de klassiske positioner. Det som vi er meget optagede af, og som er en del af filosofien bag Åben dialog, er i virkeligheden at give følgeskab, så man går med hinanden i stedet for at skubbe bagpå eller trække.”*

Svend beretter yderligere om sit syn på, hvordan den fagprofessionelles rolle og funktion i socialpsykiatrien bærer præg af at være løsningsorienteret:

“...både plejere, men også pædagoger og sygeplejersker er alle sammen opdraget til at skulle ha svarene, at borgerne kunne henvende sig til os og sige, jeg har det sådan og sådan, og så skulle vi måske lige reflektere over det i en halv time sammen med nogle kolleger evt. og så vende tilbage og sige, okay nu skal du høre - her er løsningen på dit problem. Det er den måde, vi er opdraget til at arbejde på og det er i virkeligheden den måde at forstå professionalisme og dygtighed

på, som vi skal ha gjort op med, så vi både sprogligt og den måde vi positionerer os på, faktisk gør borgeren til ekspert i eget liv.”

Svends holdning er, at der med Åben Dialog kan blive tale om, at kontaktpersonens professionalisme vil blive ændret til at indtage en, i langt højere grad, ydmyg position, hvor professionaliteten vil ændre karakter fra at være løsningsorienteret til i højere grad at fokusere på borgerens egne ressourcer.

## 6.2 Kontaktpersonens rolle i Åben Dialog regi

Med udgangspunkt i de to interview med kontaktpersonerne Lone og Majken, er hensigten nu at give et indblik i, hvordan kontaktpersonens rolle kan siges at have ændret sig efter implementeringen af Åben Dialog. Lone og Majken har, som det indledningsvist blev beskrevet, begge gennemført den 2-årige Åben Dialog uddannelse i Aarhus og har ligeledes begge længere erfaring som kontaktpersoner både før og efter deres respektive arbejdspladser valgte at implementere Åben Dialog som et led i den socialpsykiatriske praksis.

Lone beskriver i interviewet, at hun mener at Åben Dialog ikke bør opfattes som en metode, men derimod som en tænkning, man bør have med sig overalt i den daglige praksis:

“(…) jeg synes, det er rigtig vigtigt ikke at opfatte Åben Dialog som en metode, men som en tænkning. Der er nogen principper og nogen af dem er vigtige her i det daglige levede liv (...) jeg forsøger at have tænkningen i mig i hvert enkelt møde, ja både med de mennesker der bor her, men også med mine kolleger i hverdagen. Den der åbenhed. Jeg kan aldrig vide, hvad det andet menneske mener med de ord, vedkommende bruger. Vi oplever definitioner af ord helt forskelligt. Og jeg kan aldrig vide, hvad der gir mening og har betydning for det andet menneske ... og vice versa. Det andet menneske kan heller ikke vide, hvad der gir mening og har betydning for mig, så derfor er vi nødt til at stille spørgsmål til hinanden.”

Lone beskriver, hvordan hun forsøger at have Åben Dialog ”tænkningen” med sig overalt i mødet med botilbuddets brugere, men derudover også i mødet med sine kolleger. Ifølge Lone er Åben Dialog altså ikke kun en metode til anvendelse på net-

værksmøder, men i ligeså høj grad en tænkning man tager med sig i sit daglige virke som kontaktperson, både i samvær med brugere og personale. Lones beskrivelse læner sig derfor meget op af Seikkulas egen forståelse og syn på Åben Dialog som en gennemgribende del af praksis: *"Vi benytter ikke udtrykket "åben dialog" om en specifik tilgang, men om en måde at være mellem mennesker på i enhver relation."* (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 55). Lone beskriver, hvorledes det dialogiske aspekt i hendes øjne, nærmest gennemstrømmer den daglige praksis og at man i mødet med brugere samt kolleger derfor er opmærksom på blandt andet ikke at være forudantagende, da definitioner, i forhold til det sagte, antages at være forskellig fra person til person. Som Seikkula & Arnkil beskriver det: *"En ny forståelse forudsætter en dialogisk samtale. Nye betydninger opstår i området mellem diskussionsdeltagerne."* (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 78).

Implementeringen af Åben Dialog har dog ikke været gnidningsfri. Ifølge Lone har udfordringen for kontaktpersonen været hvad der mest korrekt kan beskrives som et *opgør med ekspertrollen* (Dette er et tema som vil blive diskuteret yderligere senere i bogen). Lone mener, at rollen som ekspert er blevet internaliseret i kontaktpersonens funktion i løbet af mange år:

*"Jeg tænker jo i virkeligheden, at tænkningen er udfordrende for begge parter roller. Altså både medarbejdere og psykiatribrugerrollen. Men måske dybest set måske allermost for medarbejderne...fordi der efter min mening er en masse af vores faglige indlæring, som let kan komme til at udmønte sig i, at "Vi ved bedst, vi har svar på alt" også fordi det er det, vi er blevet mødt med igennem rigtig mange år, os der har været i systemet i mange år. Det her med at skulle vide bedst. Det gør vi bare ikke! Det gør vi simpelthen ikke!"*

Det fremgår, at Åben Dialog implementeringen har bevirket en ændring i Lone og hendes kollegers selvforståelse. Lone fortsætter yderligere med at beskrive, hvordan hun personligt har oplevet Åben Dialog implementeringen som svaret på det, hun længe har savnet i sit arbejde som kontaktperson:

*"(...) da jeg startede på uddannelsen i 2010, altså det kan lyde lidt naivt det her, men der havde jeg det som om jeg kom hjem på en måde. Jeg har været mange år i psykiatrien, 5 år i hospitalspsykiatrien og 20 år i socialpsykiatrien. Men allerede da jeg som meget meget ung var i hospitalspsykiatrien måtte jeg holde op fordi,*



jeg kunne stille mig spørgsmål som "hvem er jeg, hvordan kan tillade mig at være dommer over andre mennesker, deres liv og handlinger?".

Lone beskriver yderligere hvordan Åben Dialog implementeringen har fået betydning for forholdet mellem botilbuddets personale og brugere. Hvor der tidligere har været en mærkbar rollefordeling mellem disse parter, er dette ifølge Lone ikke længere tilfældet. Yderligere vidner det nedenstående citat om, at Lone endda mener, at Åben Dialog har resulteret i at hendes faglige identitet er blevet styrket:

"De her gamle roller med medarbejdere og brugere af systemet, de bliver udvasket! Vi bliver jo hinandens medmennesker i den her tænkning. Så det har i høj grad bekræftet mig i en faglig identitet, som jeg havde i forvejen, men som er blevet meget mere klar for mig."

Åben Dialog tænkningen bevirker ifølge Lone, at der ikke længere er tale om den samme klare opdeling mellem medarbejdere/professionelle og brugerne af systemet. Lone beskriver ligeledes, hvordan Åben Dialog tænkningen har bekræftet hendes faglige identitet som socialpædagog. Man kan her spørge, om tilgangen i den socialpsykiatriske praksis, som den var før Åben Dialog implementeringen, har undertrykt den socialpædagogiske faglighed og om Åben Dialog tænkningen modsat har gjort det mere muligt at arbejde socialpædagogisk. Som det tidligere blev beskrevet med udgangspunkt i et citat af William Sullivan, er netop et mindre objektive syn på brugeren og et mere respektfuldt og ligeværdigt forhold mellem den professionelle og brugeren, det som kan have betydning for recoveryprocessen:

"...much of the power of helping still comes in the form of a relationship. However, the manner in which the the professional helps is not by being dispassionate, detached, or objective. Rather, the professional helps when She/he joins with the consumer, engaging and working in partnership and treating the individual in a respectful and normalized manner." (Sullivan, 1994, s. 22).

Majkens beskrivelse af kontaktpersonens rolle indeholder flere af de samme tanker, som Lone har beskrevet. Majken oplever ligeledes, at relationen mellem bruger og kon-

taktperson er blevet mere ligeværdig og påpeger i øvrigt, hvordan hun føler, hun nu kan indtage en mere personlig tilgang til arbejdet end tidligere:

“(…) jeg synes, at idet vi arbejder med Åben Dialog...den måde man møder mennesket på...det skaber en noget mere ligeværdig relation, synes jeg. Jeg synes, også at jeg kan være mere mig selv, jeg synes jeg kan være meget mere mig selv og bruge mig selv meget mere. Tidligere talte man meget om, at man eksempelvis skulle huske sine grænser osv. Altså det tænker jeg...det er stadigvæk vigtigt... men du kan være dig selv. Det synes jeg er berigende for arbejdet faktisk.”

Majken fortæller ligeledes, hvordan hun oplever, at nogle ting er blevet mere legitime at tale om og at hun oplever det ligeledes er mere acceptabelt at trække på egne personlige erfaringer i stedet for at skulle forholde sig til brugeren ud fra et fagprofessionelt synspunkt:

“(…) Jeg synes, det er blevet mere legitimt at gå ind i nogen ting, at bruge sine egne erfaringer og sige, at *”det kender jeg godt som menneske!”*. I stedet for at man hele tiden skal lægge det op på en eller anden fag-kasket.”

Man kan her spørge, om denne beskrivelse kan anskues som et led i et større opgør med den mere traditionelle anskuelse af relationen mellem den fagprofessionelle og brugeren på det socialpsykiatriske område, hvor det professionelle element vil udfases fra kontaktpersons rollen. Ifølge Majken er dette imidlertid langt fra tilfældet, da Åben Dialog i den sidste ende blot drejer sig om udgangspunktet for måden hvorpå den fagprofessionelle og brugeren mødes:

“(…) Vi har faktisk lige haft en temadag, hvor det her spørgsmål om, hvorvidt borgeren vurderede, at kontaktpersonen med Åben Dialog var blevet mindre professionel, blev stillet, og det syntes borgerne på ingen måde. Altså slet ikke. De ved jo godt, at vi er faguddannede, de ved jo godt at vi har noget faglighed med os. Det handler jo om måden, man mødes på.”

Med beskrivelsen af Åben Dialog tilgangen og ovenstående beskrivelse af kontaktpersonernes oplevelse af at arbejde ud fra en Åben Dialog inspireret tilgang, får man et indblik i, hvordan kontaktpersonens rolle kan siges at ville forandre sig, når den socialpsykiatriske praksis influeres af Åben Dialog implementeringen. Et af de punkter, som er særlig interessant, er hvorledes kontaktpersonens position overfor borgeren ser ud til at kunne ændre sig, - fra en rolle som en fagpersonen der har *svaret*, til en rolle som en mere lyttende og reflekterende person – altså en relationel ændring. Ifølge Seikkula et.al kan dette også beskrives som en overgang fra en *monologisk* til en *dialogisk* tilgang i mødet med borgeren. Flere ting peger altså i retningen af, at den socialpsykiatriske praksis vil kan ændre sig, hvis Åben Dialog implementeres i praksis. Man kan så stille spørgsmålet om hvad denne praksis mere præcist vil ændre sig til. I det følgende vil jeg forsøge at komme med et kvalificeret svar på dette spørgsmål.

## Kapitel 7: Åben Dialog – et opgør med ti- dens recovery forståelse og en tilbagevenden til udgangspunk- tet?

### 7.0 En tidstypisk recovery-logik

I de fleste af landets kommuner har man i løbet af de seneste år lavet socialpsykiatriplaner, hvori begrebet "recovery" ofte har spillet en central rolle. I socialpsykiatriplanerne er der hyppigt refereret til den svenske psykolog Alain Topors tanker om recovery der blandt andet er baseret på den amerikanske "afstandstagen" fra tankerne om og synet på, at sindslidelser er kroniske. Dette er tanker som blandt andet William Anthony har været fortaler for, men som har sine rødder tilbage i den første recoveryforskning i 1970'erne og i bruger-/overleverbevægelsen i 1980'erne og 1990'erne (Anthony & Liberman, 1986; Anthony, 1993; Topor, 2002; Shepherd, Boardman, & Slade, 2008, s. 4; Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 10).

Et eksempel på en af disse socialpsykiatriplaner er "Plan for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012" (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 27), hvor nedenstående uddrag, de "kortsigtede resultatmål", er anført. Når man kigger på resultatmålene, ser man at der her er tale om, hvad der kan betegnes som en *behandlingsorienteret recovery logik*, hvilket man eksempelvis ifølge Lektor ved DPU, Søren Langager et.al, kan betegne som den tidstypiske forståelse af recovery (Højmark, Jensen, & Langager, 2011, s. 89).

"Borgeren skal lære at håndtere sin sindslidelse bedre. Det kan blandt andet ske gennem psykoedukation, hvor brugeren får viden om sin sindslidelse. En sådan viden vil medvirke til, at borgeren bliver bevidst om, hvilke signaler han/hun skal være opmærksom på, og i hvilke situationer han/hun er mest sårbar.

Med en sådan viden vil borgerne være i stand til at udnytte sine ressourcer bedre og vil dermed blive i stand til at mestre sin hverdag bedre. En faglig indgangsvinkel hertil kan være kognitive metoder til at styre og ændre borgerens tanke-mønstre.

En bedring (bedre, red.) mestring vil øge borgerens selvværd og medvirke til, at borgeren får positive forventninger til egne evner og styrker tilliden til omverdenen og systemet.

Det grundlag vil medvirke til, at borgeren får en større erkendelse af sin egen livssituation og behov og derfor i højere grad kan tage ansvar for sit eget liv og forhold sig aktivt til egen tilværelse." (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 13)

Som det fremgår, fokuseres der med baggrund i, hvad der kaldes "forandringslogikken" (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 11-12), på elementer såsom, at borgeren via "psykoedukation" skal lære at håndtere sin situation og lære at mestre sin sindslidelse. Derudover er der et overvejende fokus på, at den rent faglige indgangsvinkel kan være et fokus på at styre og ændre borgerens tankemønstre. Med udgangspunkt i dette kan der argumenteres for, at den tidstypiske recovery er kendetegnet ved, at være blevet professionaliseret, idet professionelle, der for eksempel er dem som varetager psykoedukation eller lignende professionaliserede tiltag, positioneres som en bærende drivkraft i borgerens recoveryproces. Der er i denne sammenhæng fokus på, hvad der kan beskrives som en slags "resultat orienteret recovery". Borg et.al beskriver ligeledes, at vor tids recoveryforståelse i behandlings- og rehabiliteringsmiljøer er møntet på behandlingseffekt og objektive resultatmål (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 16).

Sundhedsstyrelsen har siden 2004 anbefalet psykoedukation som en integreret del af behandlingen af skizofreni (Aagaard, Merinder, & Mundbjerg, 2009). Ved psykoedukation undervises patienten og i nogle tilfælde dennes familie om symptomer, forløb og behandling af den pågældende sygdom. Dette kan ifølge Jeanett Bauer, overlæge ved Psykiatrisk Center København, hjælpe patienten til, at mestre sin sygdom og forebygge tilbagefald. Bauer ligger særlig vægt på følgende element i processen: "...at opnå patientens forståelse for betydningen af den medicinske behandling. Undersøgelser har vist, at op mod 50% af alle mennesker, der er indlagt første gang for skizofreni, ophører med deres medicinske behandling efter udskrivelse." (Bauer, 2012, s. 40).

## 7.1 Oprindelig recovery tænkning

Det er interessant at recoveryindsatsen ud fra socialpsykiatriplanen bærer præg af at være blevet behandlingsorienteret, fordi denne orientering synes at skille sig ud fra de oprindelige tanker og den viden, som rent faktisk ligger bag recovery. I bogens afsnit omhandlende recovery (se s. 29), blev det beskrevet, hvordan Alain Topor i sine undersøgelser har påvist, at personers recovery ikke først og fremmest kan tilskrives de professionelles indsats. Topors studier viste derimod, at afgørende faktorer har været gensidige relationer til mennesker, individets egne egenskaber og at de professionelle har trådt i karakter som personer i stedet for som professionelle (Topor, Svensson, Bjerke, Borg, & Kufås, 2002). Hvad kan denne professionaliseringstendens så skyldes, kunne man spørge?

En forklaring kan være, at recovery, idet det defineres som en unik eller social proces og som forskellig fra person til person, bliver en for stor udfordring, når man arbejdet indenfor standardiserede mål og rammer (Jacobsen, 2001; Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Ifølge Topor skyldes professionaliseringen, at den dominerende tankegang i vores kultur mht. sindslidelser er ensporet og rodfæstet i det naturvidenskabelige/medicinske perspektiv, hvor indsatsen overfor sindslidende derfor anskues ud fra den beskrevne behandlingsorienterede vinkel. Oprindeligt hører psykiatrien hjemme i det naturvidenskabelige paradigme (Madsen K. S., 2012, s. 12), hvilket overlæge Jeanette Bauers ovenstående beskrivelse af hensigten med psykoedukation også bærer præg af, idet hun i forbindelse med psykoedukation, lægger vægt på betydningen af den medicinske behandling. Patricia Deegan, Ph.d. problematiserer netop dette, idet hun beskriver, at arbejdet med recovery lider under denne fortsatte dominerende tankegang:

“We are hearing a lot about recovery these days and many mental health systems are seeking to transform themselves to a recovery orientation. However the whole area of psychopharmacology and psychiatric medications remains stuck in an outdated medical model where the emphasis is too often on compliance rather than choice, and obedience to medical authority rather than self-determination.” (Deegan, 2004, s. para 1).

Kulturens syn på sindslidende indbefatter altså forståelser såsom, at den sindslidende udelukkende består af sine forstyrrelser, at personen ikke har sygdomsindsigt, at personen ikke selv kan få greb om sine problemer, samt at det kun er den *psykiatriske ek-*

*spertise*, som kan behandle og helbrede den sindslidende for de forstyrrelser, han eller hun lider af (Topor, 2005, s. 99).

Ser man på "Socialpsykiatriens værdigrundlag", som Adolph et al. beskrev det i 2000, fremgår det, at synet på den sindslidende var stik modsat, hvilket afspejler forskellen i hospitalspsykiatriens og socialpsykiatriens udgangspunkt i arbejdet med sindslidende: "Mennesker med en sindslidelse er som udgangspunkt i stand til at træffe beslutninger om eget liv." (Adolph, et al., 2000, s. 36). I forhold til den viden man har fået fra mennesker, som "er kommet sig", stemmer tankegangen om den sindslidendes manglende sygdomsindsigt heller ikke overens. Ifølge disse mennesker er der i stedet tale om en dobbelt bevidsthed.

"De beskriver en tilstand af *dobbelt bevidsthed*. Personen består på den ene side af et jeg der genkender sig selv, og hvis erfaringer han er bekendt med, på den anden side af et jeg, eller dele af et jeg som er fremmed for ham, men som fra tid til anden erobrer en omfattende magtstilling i hans liv. Ens eget jeg reflekterer altså helt fra begyndelsen over de fremmede "dele" som i nogen grad har taget magten fra personen (...) Personen er bevidst om at hans følelser, tanker, erfaringer og handlinger ikke altid er som de burde være, eller som han gerne så at de var." (Topor, 2005, s. 100).

Med den dobbelte bevidsthed har personen mulighed for at føre en dialog om, hvad det er, han oplever med sig selv, såvel som med andre. Topor anfører her en vigtig pointe, idet han påpeger, at det er sjældent, at andre accepterer at deltage i en dialog, og at en dialog som man kun har med sig selv, risikerer at blive til en *monolog*, hvis den ikke tilføres næring udefra (så der kunne blive tale om en dialog). Idet man udelukkende "fører samtale med sig selv", indebærer dette, at personen vil skabe egne *ad hoc*-forklaringer om de ting, han/hun oplever som et forsøg på at samle sine erfaringer med sindslidelsen. For omgivelserne vil sådanne hjemmelavede forklaringer fremstå som underlige og oftest blive opfattet som symptomer. Hermed risikerer personen at blive yderligere distanceret fra andre mennesker, hvormed det bliver endnu sværere at opnå en dialog mellem personen og dennes omgivelser.

Af psykiatribrugere beskrives dialogen i det hele taget som et meget vigtigt element og som selve kilden til recovery (Topor, 2005, s. 100 f.).

Problemet i den psykiatriske behandling er, at den sindslidendes beskrevne hjemmelavede forklaringer sjældent betragtes som løsningsforsøg. Psykiatriens op-

mærksomhed rettes dermed ikke mod det egentlige problem, men fokuserer derimod på personens mislykkede løsningsforslag, som derfor forvandles til at være et symptom for behandling. Daniel B. Fisher, MD og Ph.d. fra National Empowerment Center beskriver i takt med dette, at synet på personen bliver at denne reduceres til en diagnose (Fisher, 2013). Kontakten med et psykiatrisk behandlingssystem, som er præget af ovenstående opfattelse, vil ifølge Topor kunne medføre endnu et skridt mod selv-fremmedgørelse: *"Hele ens eget jeg reduceres til en fiasko, der nu bliver udlagt som en sygdom. Det aktive jeg som søger hjælp, negligeres yderligere og skrumper dermed endnu mere ind."* (Topor, 2005, s. 104).

## 7.2 Åben Dialog – Back to Basics?

Dialogens betydning for den sindslidende i recovery processen bliver altså ifølge psykiatribrugere regnet for selve kilden til at komme sig. Dette er et element, som ligeledes gennemstrømmer Åben Dialog tankegangen og som vel egentlig kan siges at være selve essensen for Åben Dialog. Ifølge Åben Dialog er en psykose et resultat af den sindslidendes forsvinden ind i egen monologiske verden (Fisher, 2013, s. para 5) og svaret må derfor være at skabe en Åben *Dialog* med den sindslidende, om de ting han/hun oplever.

*"Vi professionelle hjælpere griber let til specialiserede tiltag som vi så prøver at tilpasse folks problemer. De egner sig da også for en stor del af problemerne. For nogle hjælper individuel terapi, for andre familierapi. Men der findes en kompleks gruppe problemer der betragtes som uegnet for alle hjælpemetoder. Her bør man samle netværket der har med problemet at gøre, og tale åbent om det."* (Seikkula, 2008, s. 22).

Flere ting kunne altså tyde på, at Åben Dialog tilgangen er en tilbagevenden til den oprindelige opfattelse af recovery.

Jeg har udarbejdet det nedenstående skema (figur 8.) for at danne et overblik over lighederne mellem den oprindelige recoverytanke og principperne bag Åben Dialog tilgangen. I skemaet fremgår også en beskrivelse af den tidstypiske forståelse af recovery. Derudover er den naturvidenskabelige/medicinske model medtaget for at tydeliggøre kontrasten mellem principperne. Jeg har til formålet hentet inspiration i et lignende skema af Daniel B. Fisher (Fisher, 2013). Indholdet, heriblandt kilderne, er dog ikke det samme



### 7.3 Figur 7. Model over ligheder mellem principperne bag recovery og Åben Dialog, sammenlignet med den "tidstypiske forståelse af recovery" og den naturvidenskabelige/medicinske tilgang til psykiatrisk behandling.

Tema for sammenligning	Oprindelig recovery forståelse	Åben Dialog	Tidstypisk recovery forståelse	Den medicinske tilgang til behandling
<b>Magt perspektiv</b>	Recovery indebærer at den sindslidende får magt over sit liv. Personens medvirken er afgørende, da personen anses for at være ekspert i eget liv. Det oprindelige fokus var orienteret mod hvad personen selv mente skulle til for at komme sig. (Topor, 2005, s. 25-26); (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013).	Ved at validere den sindslidendes interpersonelle personlighed og udelukkende lægge planer under personens tilstedeværelse, tildeles personen magt. De deltagende terapeuter har ekspertise - men ikke ekspertstatus (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 62, 64, 79, 115, 179-180).	Den sindslidende skal undervises i sin sygdom. Kognitive metoder skal anvendes til at styre og ændre den sindslidendes tankemønstre. Magten er derfor i udgangspunktet placeret hos det faglige og undervisende personale (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 13).	"Udbyderen" udøver magt over den sindslidende ved at anskue denne som en diagnose og ved at udarbejde behandlingsplaner uden vedkommendes tilstedeværelse (Fisher, 2013); (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 21-22).
<b>Synet på personen</b>	Den sindslidende betragtes som et <i>helt</i> menneske og ikke som et passivt objekt for behandling eller som en diagnose. (Topor, 2005, s. 94 ff.)	Den sindslidende og dennes stemme accepteres uden forbehold og med respekt for den unikke anderledeshed (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 115-117)	Den sindslidende italesættes som passiv modtager af undervisning med lav eller ingen erkendelse af egen livssituation (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 13)	Den sindslidende reduceres til en diagnose og som bestående af upersonlige kemikalier. (Fisher, 2013); (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 21-22)
<b>"Problem" som skal løses</b>	Den sindslidende har mistet fornemmelsen for dets "selv" og kan derfor ikke navigere i livet (Topor, 2005, s. 50-60).	Den sindslidende er forsvundet ind i sin egen monologiske verden, hvilket resulterer i et meningssammenbrud (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003); (Juliusen, Åben Dialog - organisation og praksis, 2014, s. 67).	Udspringer af den oprindelige recovery forståelse om manglende evne til at kunne navigere i livet. Der lægges dog nu særlig vægt på, at den sindslidende har behov for vejledning (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 13).	"Problemet" består af en kemisk ubalance. Ubalancen skal korrigeres med medicin (Fisher, 2013); (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 21-22).
<b>Løsningen på "problemet".</b>	Den sindslidende "kommer sig" gennem en unik proces, der bl.a. indebærer udviklingen af en ny mening og formål i ens liv igennem principperne bag recovery, ved deltagelse i fællesskaber og tilknytning til personer. Processen kan inkludere medicinsk behandling (Breiter & Strauss, 1984); (Sullivan, 1994); (Topor, 2005, s. 25-26); (Clay, 2012, s. 55).	Ved at deltage i "Åben Dialog møder" med betydningsfulde andre, såsom personens familie eller andet netværk, "hives" personen ud af den monologiske verden. Der findes ikke længere kun ét tænkelige subjekt. Behandlingen kan inkludere medicin, men ikke i udgangspunktet (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, & Lehtinen, 2003); (Seikkula & Arnkil, 2014, s. 125).	Igennem bl.a. oplærings teknikker, coping og psykoedukation skal borgeren få større kendskab til egen livssituation, ressourcer og behov, for på denne måde efterfølgende at kunne deltage aktivt i egen tilværelse (Københavns Kommune, Socialudvalget, 2009, s. 13).	Restaurering af den kemiske balance igennem livslang medicinbrug administreret af professionelle (Fisher, 2013); (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, s. 21-22).

Ud fra ovenstående skema (Figur 8.) fremgår det, at en tendens i den tidstypiske recoveryforståelse er, at den sindslidende skal "belæres" eller "undervises" af professionelle parter. Recovery har derfor antaget, hvad man kan kalde en professionaliseret og en monologisk, da kommunikationen i indsatsen, i forhold til dette udgangspunkt, er envejsorienteret. For at opsummere og tydeliggøre dette, kan det siges, at det overordnet set er selve attituden i den rehabiliterende recovery indsats, som har ændret sig.

- I forhold til *recovery* betyder det: at forståelsen af, hvad der skal til, for at den sindslidende opnår recovery, har ændret sig til et mere pessimistisk syn på den sindslidendes personlige kompetencer og forudsætninger for recovery.
- I forhold til *rehabiliteringsindsatsen* betyder det: at indsatsen i dag bærer præg af en mere undervisende og professionaliseret tilgang.

Åben Dialog tilgangen har flere træk til fælles med den oprindelige recovery forståelse. Dette viser sig især i forbindelse med synet på den sindslidende person, hvor et fælles træk mellem disse to tilgange blandt andet er, at personen som udgangspunkt regnes for at kunne bidrage aktivt på trods af den unikke "anderledeshed". Et andet væsentligt træk er magtperspektivet. Det fremgår her, hvordan den sindslidende i forhold til den oprindelige recoveryforståelse og i Åben Dialog tilgangen, fra første færd bliver forsøgt positioneret som centrum for begivenhederne. Udgangspunktet for indsatsen er blandt andet, at den sindslidende er "ekspert i eget liv" og skal inddrages i alle planer for forløbet.

Den oprindelige recoveryforståelse og Åben Dialog tilgangen følger med andre ord det dialogiske aspekt, hvorimod den tidstypiske recoveryforståelse, hvor der lægges vægt på undervisning og temaer såsom styring og ændring af tankemønstre, bærer præg af at være monologisk.

#### 7.4 Er et paradigmeskifte undervejs?

I den nævnte rapport fra psykiatriudvalget er der flere ting som peger i retningen af, at det psykiatriske område netop nu kan stå overfor et paradigmeskifte. I rapporten peges der på, at paradigmeskiftet blandt andet skal medføre, at den medicinske tilgang vil blive mindre dominerende i indsatsen (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 97). I psykiatriudvalgets beskrivelse af "*Den fremtidige retning og ramme*" anføres følgende fokus som en vej mod et sådan skifte:

"Alle mennesker har behov for at have indflydelse på eget liv og mulighed for at forbedre og ændre på praktiske, fysiske, sociale og personlige forhold i tilværelsen. Indsatsen bør derfor altid tage udgangspunkt i den enkelte og fokusere på den enkeltes muligheder frem for begrænsninger og på det hele menneske frem for lidelsen alene." (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 94).

Psykiatriudvalgets forslag står klart. Der skal fokuseres på muligheder frem for begrænsninger og på det hele menneske frem for lidelsen alene. I beskrivelsen af hvad der kan betragtes som en tidstypisk recoveryforståelse, er fokus her til sammenligning netop rettet mod den sindslidendes begrænsninger, når begreber som styring og ændring af den sindslidendes tankemønstre er udgangspunktet for recoveryprocessen.

Det fagprofessionelle selskab "*Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering*" er fortalere for, at der må ske en ændring i loven, som vil kunne åbne op for et bredere spektrum af tilgange og former for behandling - som er baseret på et andet paradigme end det nuværende medicinske. Det anføres her, at en måde at arbejde ud fra en recovery-model kan være "...at tage afsæt i en tilgang, der ikke betragter psykiske problemer som en sygdom, men som en naturlig og normal reaktion på belastende forhold i hverdagen." (Seider & Rasmussen, 2014, s. 176). En af de tilgange, som her nævnes, er Åben Dialog, der anses for at kunne være et alternativ til den medicinske behandling (Seider & Rasmussen, 2014).

Uanset evidensdiskussionen peger denne bogs undersøgelser i retningen af, at Åben Dialog tænkningen med sin barrierenedbrydende tilgang til arbejde og mødet med mennesker, kan blive starten på en omvending fra den nuværende ekspertcentrering til en mere respektfuld og anerkendende tilgang, hvor den sindslidende, gennem dialog og inddragelse af ressourcerne i netværket, accepteres betingelsesløst.

## Afslutning

Forståelsen og forestillingen af menneskets position og rolle i samfundet ændres i disse år, og på det politiske område kommer denne forandring til udtryk via et øget fokus på beskæftigelsespolitik frem for socialpolitik. Årsagen er til dels, at forudsætningerne for at drive en velfærdsstat er ændret i takt med globaliseringen og den medfølgende globale konkurrence.

I Danmark er der, som en konsekvens heraf, opstået et behov for at "mobilisere" befolkningen til at deltage i denne globale konkurrence, og man har her valgt at basere dette behov på den såkaldte "beskæftigelsespolitiske model" hvor de økonomiske ressourcer orienteres mod at fremme beskæftigelsesdygtighed og forebygge arbejdsløshed blandt samfundets borgere. For en større del af disse borgere, som blandt andet tæller en del af de sindslidende, kan det imidlertid være vanskeligt at leve op til de krav, som konkurrencestaten stiller. Vejen til fællesskabet skal som beskrevet i stigende grad findes gennem arbejde, men da en større del af de sindslidende borgere på grund af deres psykiske lidelse ikke evner at arbejde og hermed tage del i dette fællesskab, må de stå tilbage som en samfundsmæssig byrde – set fra et økonomisk perspektiv. En opgørelse fra OECD viser eksempelvis, at psykiske problemer årligt koster staten næsten 45 milliarder kroner i tabt produktion.

Det er blandt andet i denne forbindelse, man skal finde årsagerne til ønsket om at indføre evidensbaserede metoder på det socialpsykiatriske område, da man hermed mener at kunne opnå bedre resultater og større ressourcemæssig udbytte af indsatsen. En anden faktor, som kan hævdes at influere på ønsket om evidens, er at den offentlige sektor generelt gennem længere tid, overordnet set anses for at have været for dyr. Forhåbningen med at indføre evidensbaserede metoder, kan derfor også anskues som et statens middel til at opnå besparelser i det offentlige, idet indsatsen hermed vil blive effektiviseret. Et tredje perspektiv på årsagen til det øgede fokus på evidensbaserede metoder, tager udgangspunkt i statens kamp for at opnå legitimation hos befolkningen. På grund af presset om legitimation vil staten være nødt til at favorisere metoder og tilgange, som er evidensbaserede og hermed beviseligt virker. Således vil staten kunne siges at "have sit på det tørre".

Via en analyse af interview med to botilbudsledere, fandt jeg frem til, at man har anset Åben Dialog som et nødvendigt tiltag på et område, som i disse lederes øjne, ikke i tilstrækkelig grad har formået at støtte de sindslidende i deres recoveryproces. Åben Dialog beskrives eksempelvis som "*noget anderledes end det gængse*" og varsler i leder-

nes øjne en socialpsykiatrisk praksis, som i fremtiden vil baseres på mere ligestillede og samarbejdsprægede principper. Analysen gav et overordnet indtryk af, at relationen mellem borger og kontaktperson forud for implementeringen af Åben Dialog, har været funderet i en forståelse af kontaktpersonen som værende ekspert på borgerens liv.

Analysen af Åben Dialogs indflydelse på kontaktpersonens rolle og funktion i praksis viste, at en implementering af Åben Dialog i fremtiden vil kunne betyde, at forholdet mellem borger og kontaktperson kan medføre et opgør med kontaktpersonens ekspertrolle og bebude en socialpsykiatri, som vil tage udgangspunkt i et mere ligeligt og samarbejdende forhold mellem den sindslidende borger og kontaktpersonen. Det fremgår ligeledes, at Åben Dialog har bekræftet kontaktpersonerne i deres socialpædagogiske faglighed og man kan derfor spørge om denne faglighed ikke hidtil har kunnet komme til sin ret – at den hidtidige socialpsykiatriske indsats og organisationen på området, har været en hæmsko for det socialpædagogiske arbejde med hensyn til den rehabiliterende indsats.

Åben Dialog viser sig at have flere ting til fælles med den oprindelige recovery forståelse som eksempelvis ses i forhold til synet på borgeren, hvor denne i begge tilfælde anses for at kunne bidrage aktivt til og være centrum for sin egen recoveryproces. I den oprindelige recoveryforståelse var der altså ikke på samme vis tale om at borgerens skulle belæres, som det eksempelvis fremgår i den nævnte psykiatriplan, hvilket heller ikke er tilfældet med hensyn til Åben Dialog, da man her tager udgangspunkt i en mere inkluderende og dialogbaseret praksis, hvor borgeren ikke på samme måde anses som passiv modtager af monologisk undervisning.

Åben Dialog kan således siges ikke *kun* at være en tilgang eller en metode, som anvendes på netværksmøder. Meget tyder nemlig på, at Åben Dialog på baggrund af de analyserede interview, vil kunne få indflydelse på den daglige socialpsykiatriske praksis generelt - heriblandt i måden hvorpå kontaktpersonen og borgeren mødes i den daglige praksis på botilbuddet. Som man ved ud fra Alain Topors recoveryundersøgelser, så er denne ligeværdige og menneskelige relation af særlig stor betydning for den sindslidendes muligheder for at komme sig.

## Perspektivering

På socialpsykiatriske botilbud, såsom det indledningsvist nævnte botilbud i Københavns kommune, er der eksempler på borgere, som har været i systemet siden i begyndelsen af 1980'erne og man ved ud fra forskning, at personlige netværk ofte udfases

som følge af længerevarende ophold på botilbud (Harvey, Jeffreys, McNaught, Blizard, & King, 2007). Tanken om at en implementering af Åben Dialog ikke udelukkende er givende i forbindelse med netværksmøder, men for den socialpsykiatriske praksis generelt på grund af tilgangen til mennesket, kan derfor også vise sig at være særlig relevant i forbindelse med denne specifikke målgruppe, som i mange år har været tilknyttet det psykiatriske system uden betydelig psykisk fremgang.

I forbindelse med disse tanker skal det nævnes, at de to interviewede kontaktpersoner begge har gennemgået en 2-årig Åben Dialog uddannelse, hvilket med stor sandsynlighed har haft været af væsentlig betydning for deres interesse og fortsatte begejstring for *tænkningen*, som de har taget med sig tilbage til den socialpsykiatriske praksis. Som den ene kontaktperson fortæller, så har hun Åben Dialog-tænkningen med sig i ethvert møde med borgeren på botilbuddet. Et spørgsmål kan derfor være om det vil være nødvendigt med en mere omfangsrig uddannelse af kontaktpersonerne på de socialpsykiatriske botilbud - som en generel optimering af kontaktpersoner som værende borgerens samarbejdspartnere i dennes recoveryprocess.

## Referenceliste

- Adolph, E., Eriksen, H., Jensen, P., Hagel, A., Klint, S., Krause-Jensen, K., et al. (2000). *Kvalitet i socialpsykiatrien*. København: Videnscenter for socialpsykiatri.
- Aagaard, J., Merinder, L., & Mundbjerg, D. (2009). Psykoedukation. I N. Buus. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: H. Karnac (Books) Ltd.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, K., & Sutela, M. (1997). *Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project*. Abstract and Lectures 12-16 October 1997. London: The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis.
- Andersen, T. (2001). *Reflekterende processer - Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 542-559.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. (C. Emerson, Red., & C. Emerson, Ovs.) Minneapolis: University of Minnesota.
- Bauer, J. (2012). Det skizofrene spektrum. I I. Hageman, & J. Bauer, *Psykiatri for ikke-psykiatere* (Årg. 1, s. 25-45). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bauman, Z. (2005). *Forspildte liv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Beck, U. (1997). *Risiko samfundet* (Årg. 3). København: Hans Reitzels Forlag a/s.
- Bengtsson, S., & Gregersen, S. Ø. (2013). *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser*. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.

Bengtsson, S., & Kristensen, L. K. (2006). *Særforsorgens udlægning - et litteratur studie*. København: Socialforskningsinstituttet.

Bengtsson, S., & Røgeskov, M. (2012). *Et liv i egen bolig - Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.

Better Evaluation. (n.d. n.m n.y). *Approaches: Contribution Analysis*. Hentede 2. 4 2015 fra [betterevaluation.org](http://betterevaluation.org):

[http://betterevaluation.org/plan/approach/contribution\\_analysis](http://betterevaluation.org/plan/approach/contribution_analysis)

Bhatti, Y., Hansen, H. F., & Rieper, O. (2006). *Evidensbevægelens udvikling, organisering og arbejdsform. En kortlægningsrapport*. København: Akf forlaget.

Blok, A. (1. 6 2012). Hvad alle (sociologer) bør vide om videnssamfundet. *Universitetsavisen*, Afsnit 18.

Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksisser - En systematisk kunnskapssammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Bratbo, J., & Andersen, J. H. (2008). Mangfoldighed og udfordringer i socialpsykiatrien. I B. Lihme, *Invitation til socialpsykiatri* (s. 35-63). København: Akademisk Forlag.

Breier, A., & Strauss, J. S. (1984). The role of Social Relationships in the Recovery From Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 141, 949-955.

Brinkmann, S. (2014). *Stå fast - et opgør med tidens udviklingstvang*. København: Gyldendal a/s.

Buus, A., Hamilton, D. S., Rasmussen, P., Thomsen, U. N., & Wiberg, M. (2011). *Når evidens møder den pædagogiske hverdag*. Aalborg: Institut for Læring og Filosofi.

Center for kvalitetsforskning (CFK). (21. 6 2010). *socialudvalget*. Hentede 1. 9 2014 fra [kk.dk](http://kk.dk): <https://subsite.kk.dk/eDoc/Socialudvalget/02-09-2010%2014.00.00/Referat/23-09-2010%2009.20.37/5657530.PDF>

Center Nørrebro. (9. 2 2015). *centernoerrebro.kk.dk*. Hentede 9. 2 2015 fra Center Nørrebro - Boliger: <http://www.centernoerrebro.kk.dk/Boliger/Ungeenheden>

Center Nørrebro. (21. 5 2010). *Overordnede rammer for Beboeråd Center Nørrebro*. Hentede 20. 1 2015 fra [www.thorupgaarden.dk](http://www.thorupgaarden.dk): [http://www.thorupgaarden.dk/6storage/201/2513/vedtgter\\_beboerrd\\_1.\\_sal\\_2.\\_sal\\_3.sa](http://www.thorupgaarden.dk/6storage/201/2513/vedtgter_beboerrd_1._sal_2._sal_3.sa) l.pdf



Center to Study Recovery in Social Context. (n.d. n.d 2015). *Need Adapted Treatment Model (NATM)*. Hentede 9. 3 2015 fra Center to Study Recovery in Social Context: <http://recovery.rfmh.org/index.php?id=346>

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. (n.d. n.m n.y (a)). *Borgere afprøver nu metoderne Social Færdighedstræning og Åben Dialog*. Hentede 4. 4 2015 fra [cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk): <http://www.cfk.rm.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/cfk-nyheder-2014/borgere-afprøver-nu-metoderne-social-fardighedstraning-og-aben-dialog/PrintPage>

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. (n.d. n.m n.y (b)). *Projekter - Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Implementerings- og effektevaluering af Social Færdighedstræning og Åben Dialog*. Hentede 2. 4 2015 fra [cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk): <http://www.cfk.rm.dk/projekter/ShowProject?id=1142&pageId=343600>

Clay, R. A. (2012). Yes, recovery is possible. *Monitor on Psychology* , 43 (1), 52-56.

Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Cardiff: The Rock Carling Fellowship & The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Crafoord, C. (1994). *Udviklende fortrolighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. (n.d. n.m 2013). *Hvem skal modtage Danmarks psykosociale rehabiliteringspris?* Hentede 11. 5 2015 fra Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering: <http://www.psykosocialrehabilitering.dk/arrangementer/arets-pris.html>

Danske Regioner. (2014). *Danske Regioner*. Hentede 17. 12 17 fra Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende: <http://www.regioner.dk/~media/migration%20folder/upload/filer/social%20og%20psykiatri/udviklingen%20i%20psykiatrien.pdf.ashx>

Danske Regioner. (2008). *Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007*. København: Danske Regioner.

Davidson, L., & Roe , D. (August 2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health* , 459-470.

Dean, M. (2008). *Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.

Deegan, P. E. (13. 12 2004). *The Importance of Personal Medicine*. Hentede 13. 4 2015 fra patdeegan.com: <https://www.patdeegan.com/blog/posts/importance-personal-medicine>

Det Centrale Handicapråd, Handicapkonventionen, para 2. (11. 2 2015). *Handicapkonventionen*. Hentede 11. 2 2015 fra Det Centrale Handicapråd: <http://www.dch.dk/content/handicapkonvention>

Egelund, T. (2011). Evidens - mod et nyt kvalitetsparadigme i socialt arbejde med udsatte familier og børn? *Samfundsøkonomen*, 36-41.

Ekeh, P. P. (1974). *Social exchange theory: The two traditions*. London: Heinemann.

Fisher, D. B. (n.d. m.m 2013). *Dialogical Recovery from Monological Medicine*. Hentede 9. 4 2015 fra National Empowerment Center - Articles: <http://www.power2u.org/articles/fisher/dialogical-recovery-from-monological-medicine.html>

Foucault, M. (2005). *Sindssygdom og psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, M. (1982). The Subject and Power. I H. L. Dreyfus, & P. Rainbow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (s. 208-229). Chicago: The University of Chicago .

Frandsen, C. G. (22. 9 2013). *Velfærdspolitik: Hvad er konkurrencestaten?* Hentede 27. 10 2014 fra [www.raeson.dk](http://www.raeson.dk): <http://raeson.dk/2013/hvaderkonkurrencestaten/>

Gergen, K. J. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge, United States of America: First Harvard University Press paperback edition, 1997.

Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske* (Årg. 1). Hørsholm: Jørgen Paludans Forlag .

Gossop, M. (2005). Randomiserede & kontrollerede - men relevante? *STOF* (5), 38-42.

Harvey, C. A., Jeffreys, S. E., McNaught, A. S., Blizard, R. A., & King, M. B. (2007). The Camden Schizophrenia Surveys. III: Five-Year Outcome of a sample of individuals from a Prevalence Survey and the Importance of Social Relationships. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (4), 340-356.

Høgsbro, K. (2004). Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet. I K. Høgsbro (Red.), *Socialpsykiatriens kompleksitet* (s. 15-49). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Højmark, A., Jensen, N. R., & Langager, S. (2011). *Selvfølgelige forventninger - Fontænehusene som psykosocial rehabiliteringsmodel* (Årg. 1). Aarhus: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.

Holm-Pedersen, P. (2014). Når velfærdsstaten skal trimmes. *Asterisk*, 20-23.

Infomedia. (26. 1 2015). *Søgning på evidens*. Hentede 26. 1 2015 fra [www.infomedia.dk](http://www.infomedia.dk): <http://apps.infomedia.dk/Ms3E/Search2.aspx>

Jacobsen, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248-256.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv - Interview, observationer og dokumenter* (Årg. 1). København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, A. F. (2015). *Foucault: Gouvernamentalité*. Hentede 13. 1 2015 fra [www.filosoffen.dk](http://www.filosoffen.dk): [http://filosoffen.dk/filosoffen\\_skriver/laesninger/michel-foucault/foucault-gouvernamentalite/](http://filosoffen.dk/filosoffen_skriver/laesninger/michel-foucault/foucault-gouvernamentalite/)

Jensen, P. (2002). *Recovery - Rapport over Videnscenter for Socialpsykiatris recovery-forprojekt, marts-juli 2002*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.

Juliussen, F. B. (n.d. Vinter 2014). Åben Dialog - organisation og praksis. *STOF - Tidsskrift for stofmisbrugsområdet*, 24, s. 67-76.

Juliussen, F. B. (n.d. 8 2014). *Præsentation "Åben Dialog netværkets historie i Danmark. En version blandt mange. 19.th International Meeting on the Treatment of Psychosis. Open Dialogue Roskilde."*. Hentede 18. 5 2015 fra [slideplayer.dk](http://slideplayer.dk): <http://slideplayer.dk/slide/2619661/>

Karpatschof, B. (2008). Evidens, konstruktion og faglig relevans - debatten om psykologiens videnskabelighed. *Psyke & Logos*, 53-68.

Kaspersen, H. (14. 11 2014). *Recovery-skole på vej i Region Hovedstadens Psykiatri*. Hentede 22. 4 2015 fra Region Hovedstadens Psykiatriske hospital: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/recovery-skole-paa-vej-i-region-hovedstadens-psykiatri.aspx>

Københavns kommune - socialforvaltningen. (n.d. d.m 2012). *subsite.kk.dk*. Hentede 24. 3 2015 fra Kvalitetsstandard for midlertidige og længerevarende botilbud for borgere med sindslidelse (jf. SEL §§ 107 og 108) samt plejeboliger til borgere med sindslidelser efter almenboliglovens § 54 for 2012: <https://subsite.kk.dk/~media/EADF1A6A730B47FCA57A8A68768A60D7.ashx>

- Københavns Kommune, Socialudvalget. (2009). *Plan for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012*. København: Trykkeriet KK.
- Klarskov, J. (14. 10 2013). *Kroniken*. Hentede 4. 11 2014 fra Politiken.dk: <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2102893/stor-offentlig-sektor-goer-alle-fattigere/>
- Konnerup, M. (1. 6 2005). Evidens-baseret politik og praksis. *STOF*, 5, s. 14-16.
- Kristensen, J., & Hansen, S. P. (2006). *Socialanalytisk samtidsdiagnostik - baggrund, ansatser, mellemværender og udeståender*. Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet, Forskningsprogrammet Pædagogisk Samtidsdiagnostik. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Kristensen, J. (2008). Krise, kritik og samtidsdiagnostik. *Dansk Sociologi*, 4 (19), 5-31.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview - Introduktion til et håndværk* (Årg. 2). København: Hans Reitzels Forlag.
- Laing, R. D. (1975). *Det spaltede selv: Et eksistentielistisk studie af tilregnelighed og galskab*. København: Jørgen Paludans Forlag.
- Laing, R. D. (1969). *Oplevelsens politik og paradisfuglen*. København: Forlaget Rhodos
- Lihme, B. (2008). Socialpsykiatri - som social responsivitet. I B. Lihme, *Invitation til socialpsykiatri* (s. 10-35). København: Akademisk Forlag.
- Lindhardt, A. (2002). Den historiske udvikling. I S. Blinkenberg, P. B. Vendsborg, A. Lindhardt, & N. Reisby, *Distriktspsykiatri - en lærebog* (s. 31-41). København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, B. (2005). *Socialpædagogik - integration og inklusion i det moderne samfund* (Årg. 1). København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, K. S. (2012). Den åbne dialog. *PSYKOLOG NYT* (12), 10-13.
- Mandag Morgen. (2005). *Virker Velfærden? - et debatoplæg om evidens og velfærd*. København: Mandag Morgen.
- Mayne, J. (May 2008). Contribution analysis: An approach to exploring cause and effect. *IILAC BRIEF*, 1-4.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). Foucault: Den bevægelige velfærdskritik. I N. Mik-Meyer, & K. Villadsen, *Magtens former* (Årg. 1, s. 16-43). København: Hans Reitzels Forlag.

- Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold. (16. 4 2014). *Psykiske lidelser*. Hentede 22. 9 2014 fra [www.sm.dk](http://www.sm.dk): [sm.dk/arbejdsomrader/udsatte-voksne/psykiske-lidelser](http://www.sm.dk/arbejdsomrader/udsatte-voksne/psykiske-lidelser)
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (28. 4 2014). *ft.dk*. Hentede 17. 12 2014 fra Socialudvalget 2013-2014 SOU Alm.del endeligt svar på spørgsmål 304, Offentligt: <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/sou/spm/304/svar/1131859/1363027.pdf>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2014). *Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser En langsigtet plan*. København: Regeringen.
- Neidel, A. (2011). *På vej?! Kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde* (1 udg., Årg. 1). Roskilde Universitet: Forskerskolen i Livslang Læring .
- Nielsen, J. (2005). Det er det forkerte værktøj. *Socialpædagogen* , 13 (62), 10-12.
- Nielsen, J. (2005). Et godt hjerte er ikke nok. *Socialpædagogen* , 18 (62) 10-12.
- Nyboe, L., & Hvalsøe, B. (2009). *Lærebog i psykiatri - for ergoterapeuter og fysioterapeuter* (Årg. 1). København: Munksgaard Danmark.
- Oakley, A. (2000). A Historical Perspective on the Use of Randomized Trials in Social Science Settings. *Crime & Delinquency* , 46 (3), 315-329.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Denmark*. Paris: OECD Publishing.
- Olesen, S. P. (Maj 2007). Tidens optagethed af "evidens" - hvad gør den ved praksis i socialt og pædagogisk arbejde? *Vera - tidsskriftet for pædagoger* , 39, s. 8-17.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. Worcester, MA: The University of Massachusetts Medical School.
- Pedersen, C. (2014). Individ, institution og samfund. I C. Schou, & C. Pedersen, *Samfundet i pædagogisk arbejde* (Årg. 3, s. 399-446). København: Akademisk Forlag - Et forlag under Lindhardt og Righof Forlag, et selskab i Egmont.
- Pedersen, O. (2011a). *Konkurrencestaten* (Årg. 1). København: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, O. (3. 10 2011b). Vi er gået fra omsorg til motivering og kontrol. <https://www.youtube.com/watch?v=ryHoPiE4zao>. (D. Socialrådgiverforening, Interviewer)
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2012). *Family intervention for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd.
- Rambøll Management for Socialstyrelsen. (2014). *Åben Dialog, Del II - Manual*. Odense: Socialstyrelsen.

Rasmussen, J. (2004). *Undervisning i det refleksiøt moderne. Politik, profession, pædagogik* (Årg. 1). København K: Hans Reitzels Forlag.

Regeringen. (2011). *Et Danmark der står sammen - Regeringsgrundlag 2011*. Statsministeriet.

Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Rockwool Fondens Forskningsenhed. (2012). *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Rose, N. (1999). *Powers of Freedom: reframing political thought*. Cambridge, United Kingdom, New York NY: Cambridge University Press.

Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43 (2), 173-205.

Sareen, M. (10. 4 2014). *Sareen: Evidens er bare sund fornuft*. Hentede 11. 5 2015 fra Altinget: <http://www.altinget.dk/artikel/sareen-evidens-er-bare-sund-fornuft>

Sørensen, N. Ø. (2012). *Det levede liv med sindslidelse - Et etnografisk forskningsstudie af borgeres sociale liv i behandlings og socialpsykiatri*. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed & Forskningscenter for Socialt Arbejde, Professionshøjskolen Metropol.

Schmidt, L.-H. (1999a). *Diagnosis 1: Filosoferende eksperimenter*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.

Schmidt, L.-H. (1999b). *Diagnosis II: Socialanalytiske fatninger*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.

Seider, M., & Rasmussen, T. (2014). Nyt menneskesyn i psykiatrien. *Ugeskrift for læger*, 11A, 176.

Seikkula, J. (2008). *Åben dialog og netværksarbejde* (Årg. 1). København: (C) Jaakko Seikkula og for den danske udgave, Hans Reitzels Forlag.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 214-228.

- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating Psychosis by Means of Open Dialogue. I S. Friedman, *The Reflecting Team in Action* (s. 62-80). New York: The Guilford Press.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A., Alakare, B., Holma, J., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up om First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5 (3), 163-182.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). *Åben Dialog i relationel praksis - respekt for anderledeshed i øjeblikket*. København: Akademisk Forlag.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing®Circularity®Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19 (3), 1-7.
- Serviceoven. (20. 3 2014). *retsinformation.dk*. Hentede 28. 11 2014 fra Serviceoven: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164215>
- Serviceoven. (20. 3 2014). *retsinformation.dk*. Hentede 9. 2 2015 fra Bekendtgørelse af lov om social service - Kapitel 20 - Botilbud: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164215>
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Recovery - fra begreb til virkelighed*. London/København: Sainsbury Centre for Mental Health/Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Simovska, V., & Carlsson, M. (2012). Evidensbaseret praksis: Dilemmaer og udfordringer. I V. Simovska, & J. M. Jensen, *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme* (s. 281-296). København: Gads Forlag.
- Social- og Integrationsministeriet. (n.d. n.m n.y). *Puljeportalen*. Hentede 21. 3 2015 fra Vejledningsmateriale til ansøgning om støtte fra puljen "Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser med fokus på afprøvning af rehabiliterende og recovery-understøttende evidensbaserede metoder". § 15.74.10.20 Ansøgningsfrist d. 8. november 2013: <https://tilskudsportal.sm.dk/Documents/FREM/Vejledningsmateriale.pdf>
- Socialministeriet - Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2002). *Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2000*. København: Socialministeriet - Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

- Socialpædagogerne. (1. 11 2013). *Bolig og Støtte*. Hentede 11. 2 2015 fra Socialpædagogernes Landsforbund:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OiHqUMTqPFgJ:www.sl.dk/da/Fag%2520og%2520uddannelse/~//media/pjecer/bolig-og-stotte.ashx+&cd=4&hl=da&ct=clnk&gl=dk&client=safari>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (b)). *Afprøvning af Åben Dialog og Socialfærdighedstræning*. Hentede 5. 9 2014 fra Socialstyrelsen:  
<http://socialstyrelsen.dk/udsatte/sindslidende/social-faerdighedstraening-og-aben-dialog-19m>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (d)). *19M Puljen*. Hentede 25. 3 2015 fra Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/sindslidende/puljer/19m-puljen-1>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (e)). *Metoder og tilgange*. Hentede 24. 3 2015 fra Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/metoder-og-tilgange#-ben-dialog>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (g)). *Om socialpsykiatri*. Hentede 11. 2 2015 fra Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (c)). *Projektbeskrivelse 19M*. (S. Lindthardt, Red.) Hentede 9. 9 2014 fra Socialstyrelsen:  
[http://socialstyrelsen.dk/filer/udsatte/sindslidende/copy2\\_of\\_Projektbeskrivelse19M.docx/view](http://socialstyrelsen.dk/filer/udsatte/sindslidende/copy2_of_Projektbeskrivelse19M.docx/view)
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m 2015). *Slide Player*. (A. Christoffersen, Red.) Hentede 3. 4 2015 fra Åben Dialog Afprøvning og dokumentation af Åben Dialog som metode:  
<http://slideplayer.dk/slide/2702420/>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (a)). *Socialpsykiatriens historie*. Hentede 16. 9 2014 fra Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri/socialpsykiatriens-historie>
- Socialstyrelsen. (n.d. n.m n.y (f)). *Socialstyrelsen*. Hentede 18. 12 2014 fra Socialpsykiatriens historie:  
<http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri/socialpsykiatriens-historie>



Socialstyrelsen. (2013). *Viden til gavn - Politik for udvikling og anvendelse af evidens*. Odense: Socialstyrelsen.

Sommerfeld, P. (2005). Evidence-based practice - the end of professional social work or architect of a new professionalism? I P. Sommerfeld, & P. Herzog, *Evidence-Based Social Work - Towards a New Professionalism?* (s. 7-31). Bern: Peter Lang AG, European Academic Publishers & Swiss National Science Foundation.

Sullivan, W. P. (n.d. n.m 1994). *Institute for recovery and community integration*. Hentede 20. 4 2015 fra mhrecovery: <http://www.mhrecovery.org/var/library/file/13-sullivan1994.pdf>

Sundhedsstyrelsen. (2009). *National strategi for psykiatri*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2004). *Viden og evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

The Taos Institute. (1. 1 2014). *The Taos Institute*. Hentede 7. 11 2014 fra Jaakko Seikkula, Ph.D.: <http://www.taosinstitute.net/jaakko-seikkula-phd>

Thygesen, R. (2007). *Pædagogisk arbejde i socialpsykiatrien - en udfordring til pædagogens kompetencer*. Århus: Jysk Pædagog-Seminarium.

Topor, A. (2002). *At komme sig - Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse* (Årg. 1). København: Videnscenter for Socialpsykiatri.

Topor, A. (2005). *Fra patient til person - Hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* (K. V. Jensen, Ovs.) København: Akademisk Forlag.

Topor, A., Svensson, J., Bjerke, C., Borg, M., & Kufås, E. (2002). *Vendepunkter: et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter en alvorlig psykisk lidelse*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.

Undervisningsministeriet. (1. 1 2014). *PISA*. Hentede 14. 11 2014 fra [www.uvm.dk](http://www.uvm.dk): <http://www.uvm.dk/Uddannelser/Folkeskolen/De-nationale-test-og-evaluering/Internationale-evalueringer/PISA>

Videnscenter for Socialpsykiatri. (n.d. n.m n.y). *Værd at vide om Åben Dialog til fagfolk*. Videnscenter for Socialpsykiatri.

Widsell, M. (2015). Jaakko Seikkula og Åben Dialog. *Systemisk Narrativt Forum*, Januar 1, 12-18.

Wilken, J., & Hollander, D. d. (2008). *Rehabilitering og recovery*. København: Akademisk Forlag.

Åben Dialog Netværket i Danmark. (15. 3 2014). *Sundheds- og forebyggelsesudvalget 2013-2014, SUU, Alm.del, Bilag 321, Offentligt*. Hentede 11. 5 2015 fra Folketinget: <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/bilag/321/1348711.pdf>



